وجهة نظر العاملين في فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً لدى المؤسسات الحكومية والخاصة في محافظة جدة

Personnel Perspectives towards the Effectiveness of Early Intervention Programs for Deaf Students in Jeddah Governorate

إعداد

سعد صالح محمد القرني

إشراف الدكتور

أسامة محمد بطاينة

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة

جامعة اليرموك، 2007

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وجهة نظر العاملين في فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً لدى المؤسسات الحكومية والخاصة في محافظة جدة

إعـــداد

سعد صالح محمد القرني

بكالوريوس دراسات إسلامية – كلية إعداد المعلمين في المملكة العربية السعودية

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي – جامعة اليرموك – اربد – الأردن

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وافق عليها:

د. أسامة بطاينة...مشرفاً ورئيساً

أستاذ مشارك، في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، جامعة اليرموك

أد.ابراهيم القاعود...عضواً

أستاذ دكتور، عميد كلية التربية، جامعة اليرموك

د. أحمد قواسمة...عضواً

أستاذ مشارك في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي ، جامعة اليرموك

د فراس الحموري...عضواً

أستاذ مساعد قسم علم النفس الإرشادي والتربوي ، جامعة اليرموك

الإهداء

إلى والديّ كما ربياني صغيراً: براً واحساناً

إلى من علمتني أن الحب عطاء بلا حدود
زوجتي الغالية

إلى من اتمنى أن يكون خيراً مني بعلمه وعمله
ابني البراء

إلى من أرى في كلماتهم حماساً يبث في أعماقي كل الأماني
إخوتي ......الأعزاء

إلى من سطروا بعونهم أجمل سطور الحياة
إلى أساتذتي ...... وأصدقائي .... وأحبائي

إلى المؤمنين بأن طلب العلم فريضة ....
إلى الذين زوّدوا قطار علمي بدمعة أو ابتسامة ....

أهدي هذه الرسالة

الباحث

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم

أما بعد،

فانه لا يسعُني وقد شارفت على إتمام هذا الجهد العلمي، إلا أن أتقدم بجزيل الشكر وخالص الامتنان إلى أستاذي ومشرفي الفاضل الدكتور أسامة بطاينة صاحب العلم الغزير والعقل النير على ما قدمه لي من معلومات وتوجيهات وإرشادات قيمة، والتي كان لها الأثر في إخراج هذا الجهد العلمي.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة وهم: الأستاذ الدكتور إبراهيم القاعود والدكتور أحمد قواسمة والدكتور فراس الحموري، على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، مثمنا لهم توجيهاتهم التي ستثري هذه الرسالة.

وشكري وتقديري إلى كل من أسعفني بمعلومة أو نصيحة أو فائدة علمية أو ساهم في تنسيق وإخراج هذا الجهد العلمي.

الباحث

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فهرس المحتويات

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فهرس الجداول

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

© Arabic Digital Library Yarmouk University

فهرس الملاحق

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فهرس الأشكال

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الملخص

القرني، سعد صالح محمد، فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، 2007 (المشرف: الدكتور أسامه محمد بطاينة)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة وجهات نظر العاملين في فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة، ولتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث بتصميم استبانة من (49) فقرة، موزعة على (3) أبعاد، وهي: بعد الخدمات الطبية، وبعد الخدمات الأسرية، وبعد الخدمات التربوية. وقد استخدم مقياس ليكرت الرباعي، وذلك للتعرف على درجة الفاعلية، حيث تم توزيعها على عينة تكونت من (86) عاملاً وعاملة. اختيرت عشوائياً.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

1. اثبت الجانب التربوي فاعليته أكثر من الجانب الأسري الذي احتل المرتبة الثانية، والجانب الطبي الذي احتل المرتبة الثالثة.
2. كان الذكور أكثر فاعلية من الإناث فيما يخص بتقديم البرامج للأسرة.
3. كان هناك أثر لمتغير المؤهل العلمي عند مستوى الدلالة (   )، لصالح تقديرات ذوي مؤهل الدراسات العليا عند بعد الخدمات الطبية.
4. لم يكن لمتغير الخبرة أثر دال إحصائيا في درجة فاعلية برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعيا.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

5. كان القطاع غير الحكومي أكثر فاعلية من القطاع الحكومي وبفروق دالة إحصائيا عند متغير نوع العمل.

وقد اشتملت الدراسة على عدد من التوصيات كان من أهمها:

ضرورة تفعيل دور القطاع الحكومي فيما يخص تقديم البرامج التربوية والأسرية والطبيعية، إضافة إلى وجوب وجود دليل واضح لمقومي البرامج والخدمات للعمل في ضوءه لضمان اتفاق الجميع على تقديم خدمات ذات جدوى وفاعلية، كما أوصت بفتح أقسام للتربية الخاصة للطالبات في الجامعات السعودية لضمان تأهيلهن للعمل مع ذوي الحاجات الخاصة إضافة لتوصياتها للباحثين المؤهلين بالانطلاق من حيث ما وقفت هذه الدراسة.

الكلمات المفتاحية: البرامج، التدخل المبكر، الإعاقة السمعية، محافظة جدة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدمة:-

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل النمو في حياة الإنسان، كما أنّ خبرات التعلم المبكرة تلعب دوراً مهماً في نمو الأطفال، وتشكيل سلوكياتهم في المستقبل، وإن العناية بالطفولة والاهتمام بها من أهم المؤشرات التي تدل على تقدم المجتمعات، وإذا كانت مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة للأطفال العاديين، فهي تكتسب أهمية خاصة بالنسبة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ؛ وذلك لأنّ التدخل المبكر في مرحلة الطفولة يسهم في الحد من تأثيرات الإعاقة مستقبلاً.

وتولي دول العالم اهتماما كبيراً بالتربية الخاصة في مراحل نمو الإنسان ، وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد جاء هذا الاهتمام كنتيجة ومحصلة للنتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث العلمية حول الدور الحاسم للسنوات الأولى من عمر الطفل في رسم مسارات نموه، ولذا فإنّ عملية التدخل المبكر تطرح نفسها بقوة في الميادين الوقائية والعلاجية والتربوية بالنسبة للأفراد ذوي الحاجات الخاصة.

ونتيجة لوعي وإدراك المختصين في التربية الخاصة والممارسين لها بأهمية التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فقد ازدادت جهودهم في الكشف المبكر وتصميم وتقديم برامج تدخل مبكر لهؤلاء الأطفال، ويمكن وصف برامج التدخل المبكر بكونها جملة من الخدمات التي تهدف إلى تطوير قدرات الأطفال صغار السن إلى أقصى درجة ممكنة (الخطيب والحديدي ، 2004).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

إذ أنّ مفهوم التدخل المبكر لا يقتصر على التربية الخاصة فحسب، ولكنه يشتمل على خدمات الكشف، والتشخيص المبكر، والخدمات المساندة، والإرشاد والدعم، والتدريب الأسري، والخدمات الوقائية أيضاً (الخطيب والحديدي ، 2004).

وقد أشار الروسان (2000) إلى أنّ برامج التربية الخاصة للأطفال المعوقين في مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر حجر الزاوية لنجاح برامج التربية الخاصة، ولكن الاهتمام بهذه المرحلة في الدول العربية لا زال دون المستوى المطلوب؛ إذ أكد على أنّ الدول العربية أولت اهتمامها بمرحلة التعليم الأساسي للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ولكنها لم تول الاهتمام المناسب لبرامج التربية الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، كما أكد على أن عدد الدول العربية التي تقدم برامج تربوية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في رياض الأطفال عشرة دول فقط وغالباً هي جزء من البرامج التعليمية الأخرى، وتفاوتت نسبة المؤسسات التربوية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة من دول عربية لأخرى في نسبة لا تزيد عن (20%) وفي أدناها إلى (1%) من مراكز التربية الخاصة، كما تستوعب هذه المؤسسات عدداً قليلاً من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من مجموع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في الدول العربية، وتقتصر الخدمات في هذه المرحلة على خدمات تربوية تشخيصية طبية، كما لا توجد أية معلومات عن البرامج لهؤلاء الأطفال في تلك المرحلة إضافة إلى عدم وجود أية أدوات قياس وتقويم للتعرف المبكر.

وعلاوة على ذلك فقد أوصى مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي بضرورة التصدي للإعاقة والوقاية منها، والاهتمام بالطفل في مرحلة ما قبل المدرسة، والاهتمام بإعداد وتدريب المختصين المؤهلين في برامج التدخل المبكر، من أجل التوسع في مجال الكشف المبكر، وتطوير المناهج لتلك الفئة العمرية، وتوعية الأسرة من أجل حثها على القيام بدور

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فاعل في برامج التدخل المبكر، وكذلك التوسع في إعداد البحوث والدراسات في مجال الطفولة والإعاقة (الدمياطي ، 2002).

كما أكدت شنودة (2002) أنّ النقص الواضح في العاملين المؤهلين، وندرة المختصين في مجال إعاقة الطفولة، وكذلك محدودية برامج التدخل المبكر تستدعي إجراء البحوث والدراسات لضمان وصولها لأكثر المستفيدين.

بالإضافة إلى أن تدريب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة على ممارسة الأنشطة المختلفة له أهمية كبرى, فالأم هي التي تستطيع مشاركته في اللعب، وفي الأنشطة المنزلية، والحياتية المختلفة (عبد الرحيم، 1991).

وتلعب المشاركة الفعالة والنشطة للوالدين دوراً مهماً في نجاح البرامج المقدمة لأبنائهم, وإذا كانت مشاركة الوالدين تحظى بالدعم في الطفولة المبكرة فهي تحظى بدعم أكبر عندما يحتاج الطفل إلى رعاية خاصة(الخطيب، الحديدي، 2004).

وتضطلع الأم بدور فاعل في تنمية اللغة، وتحسين النطق، والكلام لدى طفلها وهذا ما تؤكد عليه بعض الدراسات مثل دراسة جرينبرج (Greenberg, 1982) ودراسة شينولد (Schoenwold, 1984) الأمر الذي يبرر ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر للأسر لمساعدتها على معالجة النطق والكلام لدى أطفالها ضعاف السمع قبل دخول المدرسة، وكذلك دراسة كل من مكنيل وتشاباسول (Mcneil & Chabassol, 1994) التي أشارت إلى أهمية تدريب الآباء في البرامج, ومشاركتهم الفاعلة, وأثرها الإيجابي في تنمية اللغة لدى أطفالهم المعاقين سمعياً.

وفي ضوء ما تقدم، فإنّه يمكن الاستنتاج بأنّ برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في العالم العربي لا زالت دون مستوى الطموح في المجال الطبي

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

والأسري والتربوي ، من جوانبها الثلاثة ، دراسة وبحثاً وممارسة، رغم أهمية دورها وفاعليته في تأهيل الطفل المعاق سمعياً ليندمج في محيطه ومجتمعه اندماجاً كاملاً وفاعلاً، وهو ما يجعل عدم وجود مثل هذا النوع من الدراسات مؤشراً دالاً على عشوائية الخدمات والبرامج المقدمة، وعدم ارتكازها على أسس علمية، ومجهودات بحثية، وهو ما من شأنه أ، يجعل هذه البرامج والخدمات عديمة الجدوى، أو قليلة الفاعلية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تعتبر السنوات الست الأولى من حياة الطفل، أو ما يطلق عليها بسنوات ما قبل المدرسة هي الأهم على الإطلاق ، وهذه الحقيقة تنطبق على الطفل الأصم بالقدر نفسه الذي تنطبق فيه على الطفل السوي؛ لما يتعلم الطفل فيها من مهارات ومعارف تمثل النواة الأساسية، واللبنة المهمة في مسيرة تعلمه الأكاديمي والمدرسي، وهذا ما يطلق عليه برامج التدخل المبكر.

وتصبح الحاجة ملحة لمثل هذه البرامج مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بشكل رئيس وأساسي؛ لما لها من دورٍ فاعلٍ ورئيس في تعلم الطفل ذي الحاجة الخاصة للمهارات والمعارف التي تساعده على التعلم والتكيف بطريقة مناسبة، ولما لها من دور إيجابي في تفاعل الأسرة مع طفلها من جهة، وتفاعل المعلم معه في البيئة المدرسية مستقبلا من جهة أخرى.

وانطلاقا من هذه الحقيقة فإنه يتطلب معرفة ما يواجه الطفل ذا الاحتياج السمعي الخاص؛ لنكون قادرين على مساعدته في البيت أو في الحضانة أو في رياض الأطفال، أو في المدرسة مستقبلاً. ولا يمكننا الجزم بأي حال من الأحوال ما إذا كان سمع الطفل سيبقى سلبا أم سيتطور إيجاباً، والمهم في هذه الحالة أن نستغل كل فرصة متاحة لتعليمه

© Arabic Digital Library Yarmouk University

النطق، وكيفية الاتصال مع الآخرين، إضافة إلى تعليمه مهارات الحياة اليومية ليتفاعل مع أسرته ومجتمعه بشكل فاعل وإيجابي، وهذ ما يتطلب وجود برامج موجهة ومنظمة تقوم على خصائصه الأكاديمية واللغوية والنفسية والاجتماعية، وتسعى إلى إكسابه المهارات اللازمة للتعلم والتواصل.

وبعد رجوع الباحث إلى الدراسات التي تهتم بهذا الموضوع في مصادر البيانات ومراكز المعلومات، لاحظ الاهتمام العالمي ببرامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً، والذي يقابله عدم وجود دراسة أو بحث عربي في هذا الموضوع؛ عدا دراسة واحدة فقط كانت لها علاقة غير مباشرة ببرامج التدخل المبكر وهي دراسة الروسان (2000) التي بينت أن هذه البرامج لا تقدم إلا في عشر دول عربية فقط؛ وبصورة ضعيفة وغير مرضية، يؤيد ذلك عدم وجود مؤسسات حكومية تشرف على ما يقدم للأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو ما لاحظه الباحث شخصياً في محافظة جدة.

ومن هنا فقط أتت هذه الدراسة التي تسعى إلى تقصي وجهات نظر الأطباء والتربويين العاملين مع الأطفال المعاقين سمعيا في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة للتحقق من فاعلية البرامج المقدمة لهم، والتأكد من خلوها من العشوائية التي قد تذهب بأثرها وفائدتها، وكان ذلك من خلال الإجابة على أسئلة الدراسة التالية:

1- ما فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين؟

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

2- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الجنس؟

3- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي؟

4- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الخبرة؟

5- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير مكان العمل؟

أهمية الدراسة ومبرراتها:

يمثّل التدخل المبكر أحد مجالات خدمات التربية الخاصة ويعتبر الأساس لنجاح برامجها فيما بعد، وهو عملية مبكرة ومستمرة منذ الميلاد وحتى سن السادسة من العمر، حيث يرافقها تقديم الخدمات في جميع المجالات والاختصاصات.

وللتدخل المبكر أهمية كبيرة ومبررات قوية يتفق عليها معظم الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة، حيث تبين أنّ الخبرات الأوليّة لها تأثيرات كبيرة على الحياة في جميع جوانبها، ففي مرحلة الطفولة المبكِّرة يكون لدى الطفل استعدادات وقابلية للنمو والتغير؛ وعليه فالتدخل المبكر يسعى لاستثمار هذه الفترات لتطوير القدرات العقلية واللغوية والحركية

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وتحسين في السلوك الاجتماعي الانفعالي، كما أن للتدخل المبكر أثرٌ بالغ في تكّيف الأسرة وتوجيهها لكيفية التعامل مع أطفالها، والتخفيف من الأعباء المادية والنفسية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها، إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة ولدورها الأساسي في تنفيذ تلك البرامج، حيث تعتبر المحور في تلك البرامج.

وبما أنّ توفير برامج التدخل المبكر قد يخفف من الإعاقة أو يمنعها، وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة من الأطفال المعاقين سمعياً لبرامج التربية الخاصة، مما يخفف الجهد والتكلفة المادية اللذان يستلزمهما تقديم خدمات تربوية متخصصة. لذلك فإن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواء كانت لغوّية أو معرفية أو سلوكيّة أو اجتماعية أو أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل، كما أنّ لتلك البرامج أولوية وطنية في كثير من دول العالم المتقدمة.

ومن هنا كانت أهمية هذه الدراسة، إضافة إلى :

1- عدم وجود دراسات عربية بشكل عام وسعودية بشكل خاص في هذا المجال، إذ يتوقع أن تكون هذه الدراسة أساساً يعتمد عليه الباحثين عربياً في مجال التدخل المبكر، وخاصة في محافظة جدة.

2- المساهمة في التعرف على درجة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في محافظة جدة، ووضع نتائج هذه الدراسة أمام المسئولين عنها والباحثين فيها، لمعالجة جوانب القصور فيها من ناحية، وتعزيز جوانب القوة فيها من ناحية أخرى.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1- الفاعلية:

درجة التأثير لبرامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في الجوانب الطبية، والأسرية، والتربوية، وتعرف إجرائيا بتقديرات أفراد عينة الدراسة على الأداة التي أعدت لذلك (الاستبانة).

2- التدخل المبكر:

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى مجموع الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية المقدمة للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من حاجة خاصة أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، بالإضافة إلى توفير البرامج التدريبية والإرشادية لأسر هؤلاء الأطفال.

3-المؤسسات الحكومية:

ويقصد بها تلك المؤسسات التي يمتلكها القطاع الحكومي وتشرف عليها الدولة، وتعمل على تقديم خدمات التدخل المبكر للمعاقين سمعيا، وتشمل:-

- المستشفيات الحكومية
- مراكز التربية الخاصة الحكومية

4- المؤسسات الخاصة :

ويقصد بها تلك المؤسسات التي يمتلكها القطاع الخاص، وتعمل على تقديم خدمات التدخل المبكر للمعاقين سمعيا، وتشمل:

- المستشفيات غير الحكومية.
- مراكز التربية الخاصة غير الحكومية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

5-العاملون:

ويقصد بهم في هذه الدراسة، أطباء السمع ومدربو النطق في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية، والمعلمون والمعلمات في مراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية.

حدود الدراسة:

- اقتصرت هذه الدراسة على العاملين الذين يقدمون خدمات التدخل المبكر للمعاقين سمعياً في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية ، ومراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية، بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية.
- اقتصرت الدراسة في تقييم فاعلية برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً على استبانة قام الباحث بإعدادها وتصميمها.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

تضمن هذا الفصل عرضاً للأدب النظري والدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الوصول إليها بعد الرجوع إلى الدراسات والأبحاث المنشورة في الدوريات المتخصصة وقواعد البيانات والانترنت والمتعلقة بموضوع الدراسة.

أولاً: الأدب النظري

تهدف برامج التدخل المبكر للمعوقين سمعياً إلى تصميم برامج تربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكرة، بالإضافة إلى برامج تدريبية وإرشادية لأسر الأطفال المعوقين سمعياً، وخدمات مساندة متنوعة كالتدريب السمعي واستغلال البقايا السمعية المتبقية والاستفادة منها بالإضافة إلى استخدام المعينات السمعية.

وتلعب العوامل الأسرية والتي يقصد بها الظروف الاقتصادية، والاجتماعية، وترتيب الطفل في الأسرة، دوراً مؤثراً في نمو اللغة لدى الطفل، ويؤكد ذلك ما توصلت إليه نتائج الدراسات، حيث أن أطفال المؤسسات والملاجئ أقل محصولاً من الناحية اللغوية مقارنة مع الأطفال الذين يربون في أسرهم، بسبب قلة خبراتهم واتصالهم مع الآخرين وإهمالهم أحياناً (الروسان، 2000).

ومما لا شك فيه، أن الهدوء والاستقرار النسبي داخل الأسرة يساعدان على نمو الطفل نموا صحيحاً في الجانب اللغوي؛ مما يمكنه من التفاعل بصورة سليمة مع الآخرين (Meadow, Macturk, Spencer& Koester 1995; Manfred, 2000).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وإذا كان للتفاعل بين الأم وطفلها تأثيره الإيجابي على النمو اللغوي في مراحل النمو الأولى، فإن ذلك يعد أكثر أهمية بالنسبة للطفل المعاق سمعياً في هذه المرحلة؛ فحرمان الطفل من حاسة السمع معناه حرمانه من وسيلة مهمة تيسر له تعلم اللغة واكتسابها، ومن المعلوم أن اكتساب اللغة يعتمد اعتماداً مباشراً على الإدراك السمعي للطفل، ولذلك فإن حرمان الطفل من السمع يؤدي إلى تأخر نمو اللغة لديه (عبد الرحيم، 1991).

وقد أشار هومان وبريدج (Hoeman & Bridge, 1981) إلى أن نمط التفاعل بين الأم والطفل المعاق سمعياً يختلف من أسرة إلى أخرى، حيث أن بعض الأسر تبذل مجهوداً لأطفالها ضعاف السمع في محادثاتهم، ينعكس على سلوكيات أطفالهم، وتوافقهم الشخصي، والاجتماعي في مواقف الحياة المختلفة، في حين أن كثيراً من الأسر تستبعد الأطفال ضعاف السمع من شؤون الأسرة ومحادثاتها ومداولاتها، الأمر الذي يؤدي إلى عجز ثقافي وعاطفي للمعاق سمعياً أكثر من عجزه الحسي.

هذا ويمثل اكتساب الطفل للغة أهمية حيوية للأسرة، بما فيها من تعويد الطفل على النطق السليم للحروف، واستخدام الكلمات في سياقها الصحيح، وكذلك تصحيح التعبيرات التي يشرح بها الطفل انفعالاته أمام الآخرين. وإذا كان الموقف هكذا بالنسبة للطفل العادي الذي يتمتع بجميع حواسه، فإن الموقف يزداد صعوبة على الأسرة التي لديها طفل معاق سمعياً. ونظراً لفقدان حاسة السمع لدى الطفل، والتي تعتبر العنصر الرئيس في اكتساب اللغة، فإن ترك الأمر على هذا النحو لن يمكن الطفل من التعبير عن نفسه من ناحية، أو التفاعل من خلال التواصل مع الآخرين من ناحية أخرى. وباعتبار أن الأسرة هي الحاضنة الأولى للطفل في سنواته المبكرة، ونظراً للرابطة الطبيعية التي تنشأ بينهما؛ فإنه يتعين عليها

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

نقل أحاسيسها إليه بصورة يتفهمها، ويتعايش معها، ومن ثم تمكنه من إدراك مشاعرها من ناحية، والرد عليها من ناحية أخرى.

تعليم ذوي الحاجات الخاصة:

بدأت تربية وتعليم ذوي الحاجات التربوية الخاصة مع ظهور الأنظمة والقوانين التشريعية في الولايات المتحدة الأمريكية، فقبل عام 1975 كانت خدمات ذوي الحاجات التربوية الخاصة غير مناسبة، وتشير الأبحاث في هذا المجال إلى الآتي (التركي، 2005):

1. أن أكثر من نصف الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة لم يتلقوا الخدمات المناسبة.
2. حوالي مليون طفل من ذوي الحاجات التربوية الخاصة أُبعدوا من مدارس التعليم العادي.
3. أن الغالبية العظمى من الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة لم يشخصوا، مما أدى إلى إخفاق هؤلاء الأطفال داخل مدارس التعليم العادي.
4. إجبار أهالي ذوي الحاجات التربوية الخاصة على البحث عن بدائل لمدارس التعليم العادي كالتعليم الأهلي، وهي في العادة مكلفة وبعيدة.

ونتيجة لذلك، فقد صدر قانون في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1975 لتربية وتعليم المعوقين، يعرف بالقانون العام للمعوقين 142-94، وهذا القانون يفرض على جميع الولايات قبول الدعم المالي من الحكومة الفدرالية للتربية الخاصة مقابل تقديم خدمة تربوية وتعليمية مجانية مناسبة لذوي الحاجات التربوية الخاصة. ولكن الخطأ لم يعدل منذ حوالي عقد من الزمان وذلك بسبب أن الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة لم يشملهم هذا القانون؛ وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال سوف يخسرون فرصة العلاج خلال المرحلة النمائية الحرجة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وفي عام 1986، عدل القانون العام للمعوقين رقم 142-94 ليتضمن القانون العام رقم 457-99 الذي يتضمن حقوق الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة ومرحلة ما قبل المدرسة للأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة وأطفال الخطر. في عام 1990، كان هناك تغيير جوهري في القانون العام للمعوقين رقم 142-99، وقد تضمن هذا التعبير الرئيسي للقانون جزأين هامين (الزريقات، 2003):

1. جزء (ب) تكون مسؤولية مدارس التعليم العادي توفير الخدمات للأطفال المؤهلين الذين تتراوح أعمارهم من سن ثلاث سنوات إلى سن الواحدة والعشرين.
2. جزء (ت) تقوم الولايات بتوفير خدمات للأطفال المؤهلين في مرحلة الرضاعة والحضانة من الميلاد وحتى سن سنتين.

أهداف القانون العام للمعوقين (142-94):

يهدف هذا القانون إلى التأكيد على أن جميع الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة يحصلون على خدمات التربية الخاصة والتدخل المبكر، وقد أشار الكونجرس الأمريكي إلى مجموعة من المتطلبات الرئيسة والتي تتضمن ما يلي (التركي،2005):

1. تنمية قدرات الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة والحد ممن يتأخر، وذلك نتيجة عدم تقديم الخدمة في الوقت المناسب.
2. تخفيض التكلفة المالية إلى الحد الأدنى، ويتضمن ذلك خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة بعد تجاوز هؤلاء الأطفال مرحلة الرضاعة والحضانة إلى سن المدرسة.
3. تنمية مهارات الاستقلالية لهؤلاء الأطفال من خلال اعتمادهم على أنفسهم وذلك بهدف دمجهم في المجتمع.
4. تنمية قدرات الأهالي في التعامل مع أطفالهم خلال مرحلة الرضاعة والحضانة.

© Arabic Digital Library- Yarmouk University

5. الرفع من كفاءة المؤسسة ذات العلاقة الحكومية وغير الحكومية في كل ولاية في التعرف والتشخيص لكل حالة بشكل مناسب، خاصة الأقليات، وذوي الدخل المحدود، والقرى والهجر.

تاريخ التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية:

بدأت التربية الخاصة رسمياً في وزارة التربية والعليم بالمملكة العربية السعودية عند افتتاح أول معهد لتعليم المكفوفين بمدينة الرياض عام 1380هـ (1959م)، وقد ضم المعهد (40) طالباً، ثم أنشئت إدارة للتعليم الخاص في عام 1382هـ(1961م) ضمن إدارات وزارة التربية والتعليم ـ وزارة المعارف سابقاً ـ تتولى الإشراف على جميع المعاهد مباشرة.

وقد أخذ التعليم الخاص يتطور بشكل سريع مدعوماً باهتمام الدولة اللامحدود، فبدأت البرامج تتنوع لتشمل فئات أخرى من ذوي الحاجات التربوية الخاصة، وتحولت إدارة التعليم الخاص في عام 1392هـ(1971م) إلى (المديرية العامة لبرامج التعليم الخاص)، وتضم في هيكلها الإداري ثلاث إدارات هي: إدارة تعليم المكفوفين، وإدارة الصم، وإدارة المتخلفين عقلياً، وكل إدارة تعنى بالإشراف على معاهد البنين والبنات التابعة لها.

وفي عام 1404هـ(1983م) تغير اسم المديرية العامة لبرامج التعليم الخاص إلى الأمانة العامة للتعليم الخاص، وهدفها رعاية ذوي الحاجات التربوية الخاصة واكتشافهم ووضع الخطط والبرامج المناسبة لهم على اختلاف فئاتهم، والعمل على تنمية مواهبهم وتعليمهم، وكذلك الإشراف على تنفيذ السياسة التعليمية نحوهم ومتابعة الخطط والبرامج وتطويرها، وعندما اتسعت خدمات التربية الخاصة وأصبح دمج ذوي الحاجات التربوية الخاصة هدفاً من أهداف هذه الأمانة تم نقل اختصاصات معاهد التربية الخاصة للبنات إلى

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرئاسة العامة لتعليم البنات عام 1414هـ(1993م)، وذلك قبل أن يتم دمجها مع وزارة المعارف تحت مسمى وزارة التربية والتعليم (الموسى،1999).

وفي منتصف عام 1417هـ(1996م) صدرت موافقة معالي وزير التربية والتعليم على تعديل اسم (الأمانة العامة للتعليم الخاص) إلى (الأمانة العامة للتربية الخاصة).

وفي 1421/9/23هـ (2000م) صدر المرسوم الملكي الكريم بالموافقة على قرار مجلس الوزراء الخاص بإقرار نظام رعاية المعوقين، ويأتي هذا النظام توحيداً لأنظمة المعوقين بهدف الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة لهذه الفئات كماً ونوعاً، وشمولية، وانتشاراً، كما يأتي تتويجاً وتجسيداً للرعاية المتزايدة التي ظلت تحظى بها هذه الفئات الخاصة في المملكة العربية السعودية، وقد نصت المادة الثانية – الفقرة الثانية – من هذا النظام على تقديم الخدمات التعليمية والتربوية في جميع المراحل (ما قبل المدرسة، والتعليم العام، والتعليم الفني، والتعليم العالي) بما يتناسب مع قدرات المعوقين واحتياجاتهم، وتسهيل التحاقهم بها، مع التقويم المستمر للمناهج والخدمات المقدمة في هذا المجال.

وفي 1422/5/14هـ(2001م) صدر المرسوم الملكي الكريم رقم 7/ب/9173 بالموافقة على التحاق الطلاب الصم بمؤسسات التعليم العالي لمواصلة دراستهم العليا.

وقد اهتمت وزارة التربية والتعليم ممثلة بالأمانة العامة للتربية الخاصة بالرقي بمستوى الخدمات المقدمة لذوي الحاجات الخاصة، ففي عام 1422هـ(2001م) صدرت موافقة معالي وزير التربية والتعليم رقم 27/1674/10/5/32 على القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم، التي أعدتها نخبة من الخبراء والمتخصصين الأكاديميين والميدانيين في مجال التربية الخاصة (التركي،2005).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد قامت الأمانة العامة للتربية الخاصة بإعداد إستراتيجية للتربية الخاصة لتحقيق أهداف سياسية التعليم في المملكة العربية السعودية وترتكز هذه الإستراتيجية على عشرة محاور هي:

1. تفعيل دور المدارس العادية في مجال تربية وتعليم الأطفال غير العاديين.
2. توسيع نطاق دور معاهد التربية الخاصة بالوزارة.
3. تنمية الكوادر البشرية بمعاهد وبرامج التربية الخاصة.
4. تطوير المناهج والخطط الدراسية، والكتب المدرسية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة.
5. تطويع التقنية الحديثة لخدمة المعوقين.
6. تطوير الهيكل التنظيمي للأمانة العامة للتربية الخاصة.
7. دراسة اللوائح القائمة، وتطويرها، وإعداد لوائح جديدة للبرامج المستقبلية.
8. التوسع في استحداث أقسام التربية الخاصة في الإدارات التعليمية، وتفعيل دورها.
9. تفعيل دور البحث العلمي في مجال التربية الخاصة.
10. التعاون والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة داخل المملكة وخارجها.(القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة، 1422-2001).

نشأة وتطور تربية وتعليم الصم وضعاف السمع في السعودية:

كانت البداية الرسمية لتربية وتعليم الصم وضعاف السمع في عام 1384هـ(1963م) عندما افتتحت الوزارة أول معهدين للتلاميذ الصم وضعاف السمع في مدينة الرياض (أحدهما للبنين والآخر للبنات) التحق بهما (41) طالباً وطالبة، ومهدت تلك البداية إلى الانتشار التدريجي لمعاهد الأمل للصم في المناطق الرئيسية في المملكة في عام

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

1414/1413هـ،(1993/1992) حيث بلغ عدد المعاهد والبرامج للبنين والبنات (32) معهداً وبرنامجاً ألتحق بها (3456) طالباً وطالبة.

وفي عام 1392هـ (1971م)صدرت أول لائحة لنظام معاهد الأمل للصم، وقد تضمنت اللائحة في الفصل الأول منها تفصيلاً لنظام الدراسة بهذه المعاهد بما في ذلك تحديد وظيفتها والنوعيات التي تستقبلها من التلاميذ، ومراحل الدراسة،وما يتصل بالخطط الدراسية، والمناهج التي تدرس بها، ودور تلك المعاهد في توفير الإقامة،والكسوة،واللوازم المدرسية،والرعاية الصحية للتلاميذ بالمجان إلى جانب توفير المصروف الشخصي، أجور الانتقال.

وفي بداية العام الدراسي 1410/1409هـ(1989/1988)، افتتحت أول فصول ملحقة بمدارس التعليم العام للتلاميذ ضعاف السمع وعيوب النطق، بمدرسة المهلب بن أبي صفرة بمدينة الرياض، ثم بدأ الانتشار لهذا الاتجاه في مناطق ومحافظات أخرى بالمملكة العربية السعودية ليس فقط للمعوقين سمعياً ولكن لجميع ذوي الحاجات التربوية الخاصة.

وفي نهاية العام الدراسي 1415/1414هـ (1994/1993) انخفض عدد المعاهد والبرامج للصم وضعاف السمع إلى (22) معهداً وبرنامجاً يدرس بها (2372) طالباً، وذلك بسبب صدور قرار مجلس الوزراء القاضي بنقل اختصاصات معاهد الأمل للبنات إلى الرئاسة العامة لتعليم البنات في 1413/10/13هـ(1992)، غير أنه في عام 1420/1419هـ (1999/1998) ارتفع عدد معاهد وبرامج العوق السمعي إلى (56 معهداً وبرنامجاً).

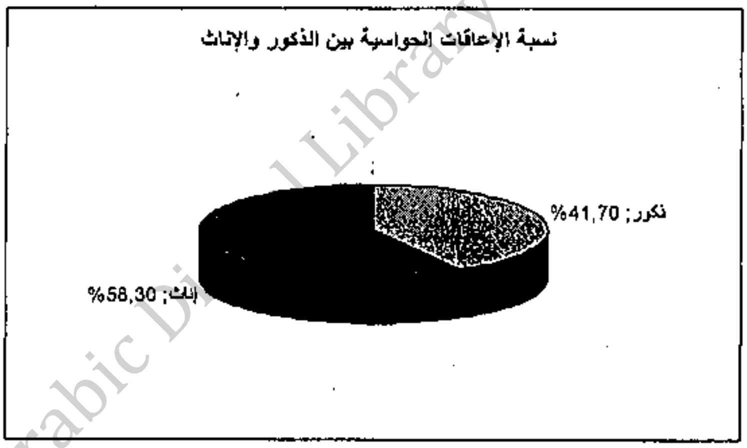
وفي عام 1424 (2003م) صدر قرار مجلس الوزراء بضم الرئاسة العامة لتعليم البنات إلى وزارة التربية والتعليم، وبنهاية العام الدراسي 1424/1423هـ (2003/2002)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

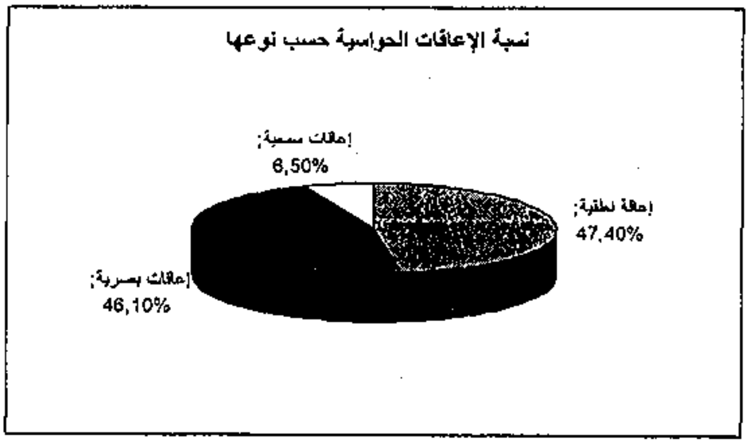
ارتفع عدد معاهد وبرامج الصم وضعاف السمع إلى (230) معهداً وبرنامجاً يدرس بها (6342) طالباً وطالبة، وذلك بسبب انضمام تبعية معاهد وبرامج البنات إلى وزارة التربية والتعليم – الأمانة العامة للتربية الخاصة (التركي،2005).

وتجدر الإشارة إلى أن عدد حالات الإعاقة الحسية في المملكة العربية السعودية يبلغ (3324) حالة يمثل الذكور ما نسبته (41.7%) من مجموع حالاتها، بينما تمثل الإناث (58.3%) وتمثل الإعاقة النطقية "بكم، أو عيوب نطق" (47.4%) أما الإعاقات البصرية "كف البصر، ضعف البصر" فتمثل 46.1%، والإعاقات السمعية "ضعف سمع، وصمم" تمثل (6.5%) (الشبراوي،2007).

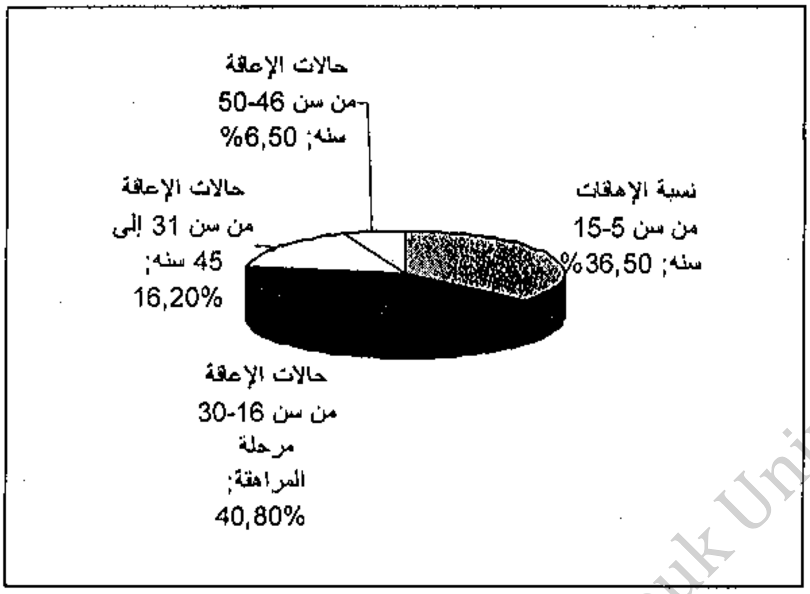
© Arabic Digital Library-Yarmouk University



الشكل 1: نسبة الإعاقة الحواسية بين الذكور والإناث في المملكة العربية السعودية



الشكل 2: نسبة الإعاقة الحواسية حسب نوعها في المملكة العربية السعودية



الشكل 3: نسبة حالات الإعاقة حسب العمر في المملكة العربية السعودية (الشبراوي، 2007)

أنماط تقديم الخدمة للتلاميذ الصم وضعاف السمع في السعودية:

تقوم وزارة التربية والتعليم بالمملكة العربية السعودية ممثلة بالأمانة العامة للتربية الخاصة بتقديم مجموعة من أنماط الخدمة التي تتلاءم وحاجة كل تلميذ أصم، أو ضعيف سمع، أو متعدد عوق. وحيث أن هذه الدراسة تعنى بجانب التدخل المبكر في سن ما قبل المدرسة على وجه الخصوص، فقد اكتفى الباحث بذكر أنماط الخدمات التي تقدمها وزارة التربية والتعليم لهذه الفئة العمرية، متجاوزا ما يقدم في مرحلة التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي، وكان أهم ما اشتملت عليه خدمات ما قبل الدراسة ما يلي:

1- معاهد الأمل للصم

مدة الدراسة فيها ثلاث سنوات، حيث يقدم خلال هذه المرحلة منهج الوحدات المطبق في مرحلة ما قبل المدرسة على الأطفال السامعين، مع إجراء بعض التعديلات التي تتناسب مع قدرات واحتياجات التلاميذ الصم، بالإضافة لبعض الخدمات المساندة في التربية الخاصة كتدريبات السمع والتخاطب.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

2- برامج الأمل للصم:

مدة الدراسة بها ثلاث سنوات، حيث يقدم خلال هذه المرحلة منهج الوحدات المطبق في مرحلة ما قبل المدرسة على الأطفال السامعين، مع إجراء بعض التعديلات التي تتناسب مع قدرات واحتياجات التلاميذ الصم، بالإضافة إلى بعض الخدمات المساندة في التربية الخاصة كتدريبات السمع والتخاطب، والاختلاف بين فصول الأمل ومعاهد الأمل هو أن الأولى يتم افتتاح فصولها في مدارس التعليم العام وليس في معاهد الأمل، والهدف هو تحقيق أحد أنواع دمج الصم مع أقرانهم السامعين الأمر الذي يحقق بيئة تعليمية أكثر ملائمة واقل عزلاً وذلك عن طريق الدمج المكاني، وكذلك الاشتراك مع السامعين في الأنشطة وبعض المواد الدراسية مثل حصص التربية الفنية والرياضية، وكذلك في طابور الصباح، وصلاة الجماعة وغيرها، وكذلك توفير برامج تربوية تعليمية مناسبة للتلاميذ قرب أماكن سكنهم مع أسرهم دون الحاجة إلى حرمانهم من حياتهم العائلية بإسكانهم في أقسام داخلية خصوصاً التلاميذ الذين يكون سكنهم في مدن أو قرى صغيرة ولا يتوفر بها معاهد للأمل.(القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة،1422هـ).

3- برامج ضعاف السمع:

يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة التلاميذ الذين لديهم عيوب في السمع والنطق، والتي قد تؤثر على تحصيلهم الدراسي والتكيف النفسي والاجتماعي داخل فصول التعليم العام، ومن المراحل الدراسية لهذا البرنامج، فصول مرحلة ما قبل المدرسة لضعاف السمع وعيوب النطق بالتعليم العام، ومدة الدراسة بها ثلاث سنوات، يقدم خلال هذه المرحلة منهج الوحدات المطبق في مرحلة ما قبل المدرسة على الأطفال السامعين، مع إجراء بعض التعديلات التي

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

تتناسب مع قدرات واحتياجات التلاميذ ضعاف السمع وعيوب النطق، بالإضافة إلى بعض الخدمات المساندة في التربية الخاصة كتدريبات السمع والتخاطب.

4- برامج مزدوجي العوق.

5- برامج محو الأمية وتعليم الكبار.

برامج الخدمات المساندة للتلاميذ الصم وضعاف السمع (التركي،2005):

- برنامج المعلم المتجول.
- برنامج المعلم المستشار.
- غرفة المصادر.
- مراكز السمع والتخاطب.

مفهوم التدخل المبكر وأهميته:

يمثّل التدخل المبكر أحد مجالات خدمات التربية الخاصة ويعتبر الأساس لنجاح برامجها فيما بعد، وهو عملية مبكرة ومستمرة منذ الميلاد وحتى عمر ست سنوات حيث يرافقها تقديم الخدمات في جميع المجالات والاختصاصات، وتركيزاً على مفهوم التدخل المبكر فقد تعددت التعريفات حيث يشير الخطيب (2004) إلى أنّ التدخل المبكر هو تقديم خدمات متنوعة طبية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، كما لا يقتصر على خدمات التربية الخاصة إنّما يشمل خدمات الكشف والتشخيص المبكر والخدمات المساندة والإرشاد والدعم الأسري والخدمات الوقائية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

كما تعرّف جمعية الأطفال المعوقين الأمريكية التدخل المبكر بأنّه "التدخّل العاجل قبل ظهور الصعوبات وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، فهو نظام خدمات تربوي علاجي ووقائي تقدم للأطفال منذ الأيام الأولى بعد ولادتهم وخاصة لمن هم في خطر حسب المنظور العلمي الذي يعتمد على التاريخ الأسري ومسار الحمل وحالة الولادة وما بعدها" (الدمياطي ، 2002).

وتعرفه يحيى (2006) بأنّه عبارة عن مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية النفسية التي تقدم للأطفال دون السادسة الذي يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

كما أنّ الإجراءات لابد أنّ تكون منظمة وذلك لتشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون السادسة من ذوي الحاجات الخاصة، وتدعيم الكفاءة الوظيفية لأسرهم، وتطبيق استراتيجيات وقائية لتقليل نسبة الإعاقة أو العجز (الهويدي، 2003).

ومن خلال التعريفات السابقة يتبين أنّ العامل الحاسم في التدخل المبكر تقديم الخدمات بعد اكتشاف الإعاقة بأسرع وقت ممكن، وأنّها إجراءات تفي بمعالجة مشكلات الأطفال منذ الميلاد وحتى ست سنوات، بالإضافة إلى توفير حاجات هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية.

وللتدخل المبكر أثرٌ بالغ في تكّيف الأسرة وتوجيهها لكيفية التعامل مع أطفالها والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها، إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسرة ولدورها الأساسي في تنفيذ تلك البرامج، حيث أنّ الأسرة هي المحور في تلك البرامج (بيكمان، 2001).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وبما أنّ توفير برامج التدخل المبكر قد يخفف من الإعاقة أو يمنعها وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة، مما يخفف الجهد والتكلفة المادية المتوقفة على تقديم خطوات تربوية متخصصة (الخطيب، 2004)، فإن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم، والمهارات الضرورية سواء كانت لغوّية، أو معرفية، أم سلوكيّة، أم اجتماعية، أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل، كما أنّ لتلك البرامج أولوية وطنية في كثير من دول العالم المتقدمة.

وتصنف أدبيات التربية الخاصة الفئات المستهدفة من الأطفال الذين هم بحاجة إلى تقديم خدمات التدخل المبكر حسب ما يعانون منه إلى (Sandow, 1990) :

1. ذوي التأخر النمائي.
2. المصابون بإعاقة جسمية أو عقلية ويعانون من:
   - اضطرابات جينية.
   - اضطرابات في عملية الأيض.
   - اضطرابات عصبية.
   - أمراض معدية.
   - تشوهات خلقية.
   - اضطرابات حسية.
   - الارتباط الزائد بالأم.
   - حالات التسمُّم

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

3- الذين يتعرضون لحالة خطر: أي الأطفال الذين يتعرضون لما يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم منذ الولادة، تدني مستوى الدخل، عدم استقرار الوضع الأسري، وجود إعاقة لدى الوالدين، استخدام العقاقير الخطرة) أو بيولوجية.

ويشير الهويدي (2003) أنّ مراحل الطفولة تقسم حسب الخدمات المقدمة وسياسات التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى (Infant): وهي تمتد من الميلاد مباشرة وحتى عمر 12 شهرا ويطلق على الطفل في هذه المرحلة "الطفل الرضيع".

- المرحلة الثانية (Toddler): وهي تمتد من نهاية السنة الأولى من الميلاد وحتى بداية الطفولة المبكرة إلى 36 شهراً ويطلق على الطفل في هذه المرحلة " طفل حضانة".

- المرحلة الثالثة (Preschool): وهي مرحلة ما قبل المدرسة وتمتد من 3 سنوات إلى 5-6 سنوات ويسمى الطفل في هذه المرحلة "طفل ما قبل المدرسة".

وتهدف عمليات التدخل المبكر كما يراها هاردمان ودرو وإيجان(Hardman, Drew, & Egan, 1996) إلى :

1. التقليل من الآثار السلبية لحالات الإعاقة على نمو الطفل، والمنع قدر الإمكان من حالات تدهور الحالة.
2. مساعدة الطفل بقدر الإمكان في التكيف مع البيئة.
3. التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.
4. إحداث تغيرات جوهرية في شتى المجالات الجسمية، والإدراكية، واللغة، والكلام، وتوفير علاج مهني وطبي وطبيعي.
5. التقليل من التبعية للأسرة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

6. التقليل من احتياجات خدمات التعليم الخاصة في سن المدرسة.

7. التقليل من جهد العائلة من خلال تدريبها وإرشادها إلى الطريق الصحيح.

8. تجنيب المجتمع الرعاية الصحية المكثفة وتكاليف التعليم.

9. التقليل من المشاكل السلوكية والسيطرة عليها.

10. إعطاء المعوقين وكل من يحتاج إلى تدخل المبكر حقه في المجتمع كأي فرد عادي .

نماذج التدخل المبكر واستراتيجياته:

تؤكد معظم نماذج التدخل المبكر على أهمية تأسيس علاقة تفاعلية بين الأسرة والأخصائيين المهنيين. ويتمثل الهدف الرئيسي للطفل المعاق سمعياً بتأسيس التواصل بما في ذلك تطور السمع والكلام واللغة، هذا بالإضافة إلى أن الخطة يجب أن تتعامل مع أي من المشكلات الثانوية التي يمكن أن يظهرها الطفل، وغالباً ما تبحث العائلات عن مساعدة مهنية من برامج التدخل المبكر في مجالات تطور الكلام الشفوي والتدريب السمعي.

إن تعليم العائلة والتعاون معها يعتبر حجر الأساس في برامج التدخل المبكر، ويجب أن تحدد الخطة أو البرنامج دور العائلة ومجالات قوتها وحاجاتها؛ لذلك فإن برامج التدخل المبكر يمكن أن تأخذ أشكالاً عديدة مثل البرامج المعتمدة على الأسرة والمعتمدة على المجتمع وغيرها. ففي البرامج المعتمدة على البيت يذهب الأخصائي إلى البيت بشكل منتظم ويلاحظ التفاعل مع الطفل والآباء. أما البرامج المجتمعية فهي تقدم تسهيلات رعاية يومية نهارية وتساعد الآباء بهدف تسهيل تعلم الطفل المعاق سمعياً، أيضاً فإن فريق العمل يعمل على التأكد من سلامة السماعة الطبية واستخدامها والمحافظة عليها (Mckirdy & Klimovitch, 1994).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وإذا كانت عمليات التضخيم المبكرة وبرامج مساعدة الآباء والأطفال ذات فائدة وجدوى إلا أنها قد تفشل بسهولة إذا لم تتبعها برامج مصممة خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، وهناك العديد من النماذج، دون كثير دلائل توفرها الأبحاث للاختيار من بين هذه النماذج، ومع ذلك هناك اتفاق حول العناصر الأساسية التي يجب أن تتوفر في أي برنامج فعال في مرحلة ما قبل المدرسة (الزريقات، 2003):

1. المعالجة اليومية لمشاكل السماعة الطبية وأنظمة الذبذبات المعدلة (FM).
2. استخدام أنظمة الذبذبات المعدلة (FM) عندما يسمح بذلك مجال التركيز التربوي.
3. الموازنة بين معدلي الكلام والضجيج في أغلب أوقات اليوم.
4. التعليم الفردي لتطوير المهارات التوصيلية.
5. فريق عمل مكون من مختصين مدربين على التعامل مع مرحلة الطفولة المبكرة، يركز برنامجه على المنهج المعرفي واللغوي.
6. الملاحظة الأبوية والإرشاد المستمر.
7. الدمج مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي لتقديم أفضل النماذج السمعية واللغوية والسلوكية. وهذا البند الأخير مهم أيضاً في تحديد طريقة التواصل الأكثر فعالية لكل طفل.

وتأخذ نماذج التدخل المبكر أشكالاً متعددة لعل أبرزها:

- التدخل المبكر في المنزل : تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم وتقوم المعلمة (المدربة) الأسرية المدربة جيدا بزيارة المنزل من مرة الى ثلاث مرات أسبوعيا لتدريب الأم بشكل خاص والأسرة بشكل عام على طريقة التعامل والاهتمام بالطفل ضمن برنامج يتناسب مع وضع وحالة الطفل، وغالبا يكون عمر الطفل بين السنة والسنتين (يحيى،2006) .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- التدخل المبكر في المراكز : تقدم خدمات التدخل المبكر في المراكز من خلال معلم أو معلمة بعد تحديد حالة الطفل من قبل فريق مختص ووضـــع برنـــامج يتناســـب وقدرات وعمر الطفل، الذي غالبا ما يتراوح ما بين سنتين أو ثلاث الى ست سنوات. ويمكن أن يتم التدخل المبكر في الحضانات ورياض الأطفال تطبيقا لمبدأ الدمج .
- التدخل المبكر في كل من المنزل والمركز : يتم تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال في المركز ويتم متابعة الأهل في المنزل من قبل الأخصائيين لتفعيل دور الأسرة في حياة الطفل (التركي،2005).
- التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات : يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية إلى المراكز مرة أو مرتين في الأسبوع حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفـــال وتـــدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا ذات الأهمية معهم.
- التدخل المبكر في المستشفيات : يتم تقديم هذه الخدمات للأطفال الصغار في السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة جدا تتطلب إدخـــالهم بـــشكل متكـــرر أو لفترات طويلة إلى المستشفى. ويتم تدريب ومعالجة الأطفال على أيدي فريـــق متعـــدد التخصصات مثل أطباء الأطفـــال والمعـــالجين الطبيعيـــين والأخـــصائيين النفـــسيين وأخصائيي التربية الخاصة.
- التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام : يستخدم هذا النمـــوذج التلفـــاز أو المـــواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة أو الألعاب لتدريب أوليـــاء أمـــور الأطفـــال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن، ولإيصال المعلومات المفيدة لهم . وغالبا ما ينفذ هذا النموذج على شكل أدلة تدريبية توضيحية تبين لهم وبلغة واضحة كيفية تنميـــة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الاستجابات غير الكيفية التي يظهرونها(Fox,Hanline,Vail,&Galan,1994).

أدوار فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

إنّ طبيعة العمل مع صغار الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تحتاج إلى الخدمات التي يقوم عليها إختصاصيون من تخصصُات متعددة، ومؤسسات مختلفة، فنجاح برامج التدخل المبكر يعتمد على توفير الكوادر المتخصصة في مجال الإعاقة بمختلف أنواعها، كما أنه يتطلب توجُهاً علميًا ومهنيًا يعتمد على جهود فريق عمليّ متكامل يتضمن الاختصاصات المختلفة لرعاية هؤلاء الأطفال (يحيى ، 2006).

ويصنف البعض فريق العمل إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

- المجموعة الأولى: العاملون في مجال توصيل الخدمات المباشرة:

هم العاملون على تزويد الأطفال والأسرة بالخدمات بشكل يومي أو أسبوعي مباشرة ويتضمن ذلك:-

- أخصائي التربية الخاصة: يقوم بتدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مباشرة في المجالات النمائية (الاجتماعي، الإدراكي، الحركي، المساعدة الذاتية، الاتصاليّ).

وهو العضو المنسق لفريق الاختصاصين الذين يعملون مع الطفل، ويعمل فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر وذلك بتوفير البيئة المناسبة والأنّشطة الملائمة لاحتياجات الطفل الفردية (عيسى، 2004).

- المعلم المساعد: يشارك في مسؤوليات مباشرة مع المعلم الرئيسي ويكون تحت إشراف مباشر من فريق العمل، ويتميز بحب أصيل للعمل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (يحيى ،2006).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

-الزائر المنزلي: معلم أو معلمة مدرب جيداً يقوم بزيارة منزل أسرة طفل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً, ويعمل على تقييم الطفل وتحديد احتياجاته وتلبية حاجات الأسرة وتدريبها لتنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات ومتابعتها دورياً (يحيى،2006).

-المعلمات والمعلمون: هم الذين يقومون برعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة وهم أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية لدى الطفل وتحويلة إلى الجهات المختصَّة (الخطيب، 2004).

- المجموعة الثَّانية: الأعضاء من مجالات متخصصة ولديهم تدريب تخصصي خاص ودور رئيسي في تقديم الاستشارات:

-اختصاصي النسائية والتوليد: له دور في الكشف المبكر عن المشكلات ودور وقائي يقدمه للأم الحامل.

– طبيب الأطفال: يتولى رعاية الطفل صحياً، وله دور في التعرف إلى الأطفال الأكثر عرضه للخطر، والوقاية من الإعاقة.

– طبيب العيون: اختصاصي لتشخيص ومعالجة أمراض العيون إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك (الخطيب، 2004).

-اختصاصي السمع: وهو المختص والمرخص في علم السمعيات والتشخيص اضطرابات السمع للمساعدة في تأهيل الطفل الذي يعاني من مشكلات سمعية لتحديد المعينات السمعية المناسبة للِّطفل.

-اختصاصي الأذن، والأنّف والحنجرة: وهو طبيب مختص لتشخيص الحالات ومتابعتها دورياً وتقديم العلاجات الطبية الجراحية الملائمة إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك (منصور، 2002).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- الأخصائي النفسي: اختصاصي مدرب في استخدام الاختبارات والمقاييس وتقييم أداء الطفل للتعرف على إمكانياته، والمشاركة بتبادل الخطط والأساليب التربوية والتأهيلية للطفل ، بالإضافة لدوره مع أعضاء الفريق في تخطيط البرنامج الفردي اللازم ومساعدة الأسرة والمعلم للتغلب على المشكلات السلوكية للطفل، كما له دور هام وأساسي في تقديم الدعم الأسري.

- الممرض: له دور مهم في التدخل العلاجي للأطفال ويقدم الرعاية الصحية وعلى الممرض أنّ يكون لديه معرفة بمراحل النمو للطفل وفهم الأمور الطبيعية المتعلقة بإعاقة الطفل من أجل تحسين نوعية التدخل (Fallen & Umsnsky, 1985).

- الأخصائي الاجتماعي: ويكمن دوره بمساعدة الطفل وأسرته الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة والمساعدة في وضع الخطط الفردية الموجهة للأسرة، وتحسين التواصل ما بين الأسرة وبرامج التدخل وذلك كعامل وسيط لتكامل أجزاء البرنامج ومتابعة تنفيذه مع باقي الفريق، بالإضافة إلى دوره في الدفاع عن حقوق الأسرة لدى الجهات المختصة (أورلوف،2000).

- اختصاصي الاضطرابات الكلام واللغة: يعمل مع الفريق لتحسين التواصل اللغوي للطفل وذلك بتقييم المهارات الكلامية واللغوية للطفل ووصف الإجراءات العلاجية، تدريب العاملين في الفريق على كيفية التواصل مع الطفل ووضع البرامج التربوية الفردية والوقائية.

- اختصاصي العلاج الطبيعي: يهتم بتنمية المهارات الحركية الكبيرة وتأهيل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المجال الحركي وتوجيهه بالأجهزة المعدّلة اللازمة لحالة الطفل (الخطيب، 2004).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- اختصاصي التغذية: له دور في تقديم المساعدة لتنظيم غذاء الأطفال لزيادة فاعلية بعض الأدوية وإعداد التوصيات الغذائية المناسبة لحالة الطفل الفرديــة، ويــشير أورلـــوف (2000) إلى أن هناك نقص في الاهتمام في أهميــة دور اختــصاصي التغذيــة لقلــة المعلومات والوعي بعلاقة التغذية الطفل الصحيّة.

- المجموعة الثالثة: مقدموا الرعاية

وقد يكون الأسرة، الأقارب، الحاضنات، ولهم دور أساسي في نجاح تطبيق نشاطات التدخل وتنفيذ الخطة التربوية الفردية للطفل، تنفيذ البرامج التدريبية أثناء تفاعلها مع الطفــل في البيئة الطبيعية بالإضافة للدور الأساسي في الكشف المبكر واختيــار أســاليب التــدخل (يحيى،2006).

كما أنّ نظرة العاملين في مؤسسات التربية الخاصة قد تغيرت لدور مقدمي الرعايــة فأصبح لهم دور في التأثير في جميع مجالات النمو للطفل وذلك باعتبــارهم المعلــم الأول للطفل.

ومن خلال ما سبق لعرض أدوار العاملين بطريقة مباشرة أو غيــر مباشــرة مــع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة يؤكد ذلك على أن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في تلك المرحلة ربما يحتاجون أكثر من أي مجموعة أخرى لفريق مــن الاختصاصين للعمل معا بفعالية.

وتشير كل من ماري وكولوسن(Mary & Collosn ,2004) أن تنسيق الخدمة مــا بين التخصصات يُعدُ أمراً ضرورياً للتغيُّرات التي حدثت في الخدمات المقدمة في التربيــة الخاصة المعتمدة على الطفل إلى البرامج المعتمدة على الأسرة والمجتمع، وأنّ برامج التدخل

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المبكر تعتمد في خدماتها على تدخل علاجي وتربويّ لتوصيل الخدمة للطفل والأسرة الــذي يتطلب العمل مع أعضاء الفريق لتنسيق العمل.

وقد وجد بوردر Burder (2005) أنّه من الضروري لأي برنامج تدخل مبكر إتبــاع نموذج متفق عليه في التوصل بين العاملين في المؤسسات لخدمة هؤلاء الأطفال وقد خلص إلى أنّ هناك ثلاثة نماذج لتكوين الفريق وهي:-

- نموذج الفريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary Team Model)

الاختصاصيون في هذا النموذج من تخصصات مختلفة، ويقدم كل اختصاصي التقييم والرعاية للطفل بشكل منفرد، ومن فوائده أنّه يمكن الأسرة من الحصول على مهارات متنوعة، إلا أنّ تناقض الاختصاصيين فيما بينهم حول التقييم والتشخيص يضعفه وخاصة أنّ كل اختصاصي يقدم توصيات مختلفة في مجال التقييم والتخطيط مما يؤدي إلى توصيات غير دقيقة وغيــر متوازنة (بيكمان، 2001).

- فريق الاختصاصات المتبادلة (Interdisciplinary Team Work)

وتعرفه ماري وكولوسن(Mary & Collosn ,2004) بأنه مجموعة من الأشــخاص ذوي الخبرات والتخصصات المتعددة ويعملون معاً لمساعدة الطفل وأسرته لتحقيق مجموعة مــن الأنّشطة والأهداف حيث يتم تبادل المعلومات وتخطيط البرنامج بقرار جماعي وبالتنسيق ما بين الاختصاصات، إلا أنه يبقي تنفيذ البرنامج مستقلاً كل حسب تخصصه.

ويرى بوردر(Burder, 2005) أنّ هذا النموذج يقدم فرصة أكبر للتّفاعلات، إلا أنّ توجهات كل تخصص على حده قد تؤدي إلى تشتت المسؤوليّة في الأغلب.

- فريق الاختصاصات الشمولية (Transdisciplinary Team Work)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وقد صمم خصيصاً لرعاية الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة إضافة إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقات، ومن خلاله يتم تبادل المعلومات والمهارات ضمن حدود الاختصاص وبمرونة (أورلوف، 2000).

ويعرفه بوردر (Burder, 2005) أنّه يقدم الرعاية للأطفال صغار السن ذوي الحاجات الخاصة المعرضين للخطر بطريقة غير مباشرة حيث يقوم فرد أو بعض الأفراد بتقديم الرعاية بشكل أساسي، بينما يقدم بقية أعضاء الفريق الاستشارة اللازمة.

ويشير كل من ماري وكولوسن(Mary & Collosn ,2004) إلى أن هذا النموذج يركز على الطريقة التي تتم فيها التفاعلات ما بين الاختصاصيين لتحقيق الأهداف وتوصيل الخدمات، بالإضافة إلى أنه يحدث تغيرات في كيفية تنفيذ خدمات التدخل المبكر كالتالي:

أولاً: المشاركة في تحديد الأدوار يسمح للاختصاصين باكتساب مهارات إرشادية.

ثانّياً: التعامل بنظرة كلية وشمولية مع الأطفال وأسرهم بدلاً من الالتزام بمجال التخصص فقط.

ثالثاً: تعاون الفريق والتنسيق بينهم.

ويهدف النموذج الشمولي أكثر من النماذج الأخرى إلى تبادل خبرات الفريق لتحقيق الأهداف الأكثر كفاءة وشمولية عند تقديم خدمات التدخل المبكر وهو يتضمن درجة كبيرة من التعاون أكثر من النماذج الأخرى وربما لهذا السبب قد يكون صعب التطبيق.

ولا بد من توعية الأسرة بدورها في الوقاية من الإعاقة أو لخدماتها وذلك بالتخطيط لبرامج الوقاية وتقديم الإرشاد الجيني، وإرشاد ما قبل الزواج، وإجراءات منع تفاقم الضعف والعجز إلى إعاقة (يحيى، 2005).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ويؤكد بوردر(Burder, 2005) أن وضع الخطط الانتقالية لهذه الفئة يعتبر من الكفايات الأساسية للعاملين، لأن الأطفال الصغار يمرون بمراحل متنوعة، وتحولات مستمرة، وذلك يتطلب الإعداد اللازم للعاملين في تلك البرامج، ويمكن تعريف خطط الانتقال بأنها نقطة تحول الخدمات والمسؤولين الذين ينسقون ويزودون تلك الخدمات .

كما يشير إلى أنّ المراحل الانتقالية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة تمر بتحولات رئيسية هي:-

- مرحلة انتقال الطفل من المستشفى إلى الأسرة:-

ويكمن دور العاملين في تلك المرحلة بإيجاد الخدمات الملائمة ومساعدة الأسرة في الوصول إليها بالإضافة لتنسيق الخدمات ما بين المؤسسات والاختصاصات، وتقديم الدعم النفسي الوجداني للأسرة.

-مرحلة انتقال الطفل من الخدمات المقدمة في البيت إلى الخدمات المقدمة في مراكز التدخل المبكر:

وتشمل هذه المرحلة مواجهة الأسرة لتحديات جديدة وعاملين جدد وأماكن جديدة، ويركز دور العاملين على تقديم التقارير اليومية عن أداء الطفل وتبادل المعلومات مع الأسر، ووضع الخطة الفردية الأسرية، وتدريبها على تنفيذ الأهداف التعليمية.

- مرحلة الانتقال من خدمات الطفولة المبكرة (الرضع وصغار السن) إلى خدمات ما قبل المدرسة:

وفي هذه المرحلة تتحول الخدمات من مرحلة تنسيق الخدمات ما بين المؤسسات إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات ذات الصلة، وبتغيير الخطط الرسمية من الخطة الفردية للأسرة إلى البرنامج التربوي الفردي، ويتغير دور العاملين لمشاركة الأسرة في وضع

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

البرنامج التربوي الفردي لطفلهم واختيار أهداف شاملة، ومساعدتهم لاتخاذ القرارات المناسبة بشأنّ طفلهم.

- الانتقال من خدمات ما قبل المدرسة إلى خدمات المدرسة:

ويكون بمساعدة الأسرة على تحديد الوضع التربوي الملائم للطفل، واتخاذ القرارات بمدى مشاركة الطفل في التعليم العام، وتقديم المعلومات والإجابة عن استفسارات ومخاوف الأسرة حول مستقبل الطفل (بيكمان، 2001) ، (Burder, 2005).

ويقترح ويلز وسميث(Wells, & Smith,1992) أنّ عملية الانتقال يجب أنّ تتضمن ما يلي:

- استمرارية تقديم الخدمات.
- التخفيف من الصعوبات والمشكلات التي تواجهها الأسرة.
- تهيئة الأطفال للبرامج والبدائل المناسبة.
- تلبية المتطلبات القانونية.
- التعاون المستمر بين المختصين وأسر الأطفال.

ويؤكد بوردر (Burder, 2005) أنّ نجاح المراحل الانتقالية يعتمد على:

- تعيين المكان التربوي الملائم الذي يلبي حاجات هذا الطفل.
- استمرارية الخدمات.
- تجنب التكرار في التقييم والتخطيط الهادف.
- التخفيف من حالات الضغط النفسي للأطفال وأسرهم وذلك بتقديم الدعم النفسي لهم.
- العمل على تنمية مهارات الأسرة لمواجهة التحولات في حياة أطفالهم، وتزويدهم بالتشريعات والقوانين لإجراءات الانتقال والحدود الزمنية المتصلة بذلك.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وتزود استراتيجيات التدخل المبكر الفاعلة الطفل المعاق سمعياً وأسرته بالخدمات المناسبة والمعلومات الكافية، إذ حددت اللجنة السمعية للأطفال الرضع الأمريكية (Joint Committee on Infant Hearing Position Statement, 2000) ستة مبادئ للتدخل المبكر الفعال هي:

1. التوقيت التطوري: ويعود إلى العمر الذي تقدم فيه خدمات التدخل المبكر. فالرضع الذين يسجلون في عمر أبكر يستفيدون بشكل أفضل من خدمات التدخل المبكر.
2. كثافة البرنامج: ويعود إلى مقدار الخدمات المقدمة، وهذا يقاس بعوامل متعددة مثل عدد الزيارات البيتية والاتصال الفردي لكل أسبوع.
3. التعليم المباشر: ويستند إلى أن خبرات التعلم تكون فعالة عندما تكون النشاطات التربوية الأساسية مقدمة من خلال مهنيين مدربين جيداً هذا بالإضافة إلى تدريب بيتي غير مباشر .
4. اتساع ومرونة البرنامج: وهذا يعود إلى أن برامج التدخل الناجحة تقدم مدى واسعاً ومرناً من الخدمات، بحيث تناسب الحاجات الخاصة للطفل الرضيع وأسرته.
5. التعرف على الفروق الفردية: وهذا يعود إلى المبدأ الرئيس في التربية والتعليم، والذي يشير إلى أن تقدم الفرد، والفوائد من البرنامج، تكون وفقاً للفروق الفردية للطفل الرضيع وأسرته.
6. الدعم البيئي واستخدام الأسرة: وهذا يعود إلى أن الفائدة من التدخل المبكر تستمر ويعتمد هذا على فعالية الأسرة وغيرها من عناصر الدعم البيئي (Northern & Downs, 2002).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومن استراتيجيات الأطفال الصم وضعاف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة

(التركي،2005):

1- مشاركة الأهالي في تربية وتعليم أطفالهم الصم وضعاف السمع.

2- تدريب الأطفال الصم على الأبجدية الإصبعية العربية.

3- كتابة الحروف العربية.

4- متابعة تعليمات وتوجيهات الأخصائيين.

5- تنمية الحصيلة اللغوية العربية ولغة الإشارة العربية.

6- التعريف بالكتب والقصص.

7- المقارنة بين أوجه الشبه والاختلاف بين الأشكال والأحجام.

8- ترتيب الأشياء.

9- التمييز البصري.

10- توصيل الكلمات بلغة الإشارة والكلمات باللغة العربية.

11- توصيل الأبجدية الإصبعية والإشارة بالكلمات باللغة العربية.

12- إدراك الكلمات.

13- التدريب السمعي.

14- تدريب الأطفال الصم على الأرقام الإشارية العربية.

ويمكن تقديم إطار نموذجي لبرنامج تستطيع أي جهة استخدامه لوضع برنامجها للتدخل المبكر بما يتناسب مع الإطار الفكري، والأهداف بعدية المدى، فيجب أن يكون كما يلي (يحيي، 2005):

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

1. قائماً على فلسفة أو نظرية أو إستراتيجية تربوية تحقق الاستمرار والاتصال بين الأهداف والمنهاج وطرق التدريس.
2. محدد بعدد من المكونات التي تتلاءم مع بضعها فلسفياً وإجرائياً، وأن تكون العلاقات بين المكونات محددة بوضوح وتعكس الافتراضات والأهداف المشتركة.
3. بناؤه محدد بشكل تفصيلي وواضح بحيث يستطيع أن يفهمه، ويطبقه أشخاص آخرون من جهات أخرى.
4. أن يحمل الأدلة على النجاح، بمعنى أن أي إنجاز يعود إلى إجراءات البرنامج فقط، وليس إلى متغيرات أخرى مثل حماس العاملين.

مستويات الوقاية والتدخل المبكر للمعاقين سمعيا:

لقد عرف ومنذ زمن طويل أن الصمم قد ينجم عن ضعف جيني ولكن ما الذي يمكن عمله للحد من هذا النوع من أنواع الإعاقة السمعية؟ إن الطريقة الطبية الوحيدة المتوفرة للوقاية من هذه الإعاقة هي التعقيم(Sterilization) وتلك طريقة يعارضها الكثيرون على أسس أخلاقية .بل أن أحدا لا يستطيع عمليا أن ينصح بها لأن الاحتمالات الوراثية تبقى مجرد احتمالات وما يعنيه ذلك ضرورة توجيه الجهود الوقائية نحو العوامل الأخرى المسببة للإعاقة السمعية . ومن الواضح أن التقدم الطبي الذي أحرز في العقود القليلة الماضية قد أسهم في الحد من حالات الإعاقة السمعية التي تعزى لأسباب غير جينية.فقد تطورت أساليب العلاج الطبي للأمراض المعدية(مثل الحصبة الألمانية،التهاب السحايا، التهاب الأذن الوسطى) والاضطرابات الأخرى المرتبطة بالإعاقة السمعية مثل عدم توافق العامل الريزيسي وغيره (القريوتي،1990).

ومن ناحية أخرى يمكن الحد من الصمم الناجم عن الضجيج من خلال الكشف عن الأشخاص الذين لديهم قابلية لتطور الإعاقة السمعية، وذلك من أجل تجنيبهم مصدر الإثارة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المزعجة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال إجراء اختبارات سمعية على جميع الأشخاص الذين سيلتحقون ببيئة عمل تزيد شدة الصوت فيها عن (90) ديسبل وإعادة اختبارهم دوريا.وفي ظروف العمل هذه يمكن إجراء تعديلات على الأدوات والأجهزة إذا كان ذلك ممكنا،أو استخدام المواد العازلة للصوت أو تغطية الأذنين بأدوات واقية خاصة (الخطيب،2005).

كذلك يمكن الحد من الإعاقة السمعية بالحد من زواج الأقارب حيث أن تركيز الجينات المتنحية لدى الأفراد الذين ينحدرون من جماعات تتزاوج فيما بينها يزيد من احتمالات حدوث الإعاقة السمعية.ومن الأمثلة التي توضح ذلك مجموعة من الناس تعيش في جزيرة صغيرة قريبة من الولايات المتحدة الأمريكية، هؤلاء الناس لم يتزوجوا من مجموعات أخرى لعدة أجيال وقد وجد أن نسبة انتشار الصمم في هذه الجزيرة كانت أكثر بعشرة أضعاف من نسبة انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية نفسها.وقد انخفضت نسبة الصمم بشكل ملحوظ عندما أصبح سكان الجزيرة ينتقلون إلى مناطق أخرى ويغربون النكاح (Groce,1980).

هذا وتنفذ الإجراءات الوقائية عموما على ثلاث مستويات هي المستوى الأول والمستوى الثاني والمستوى الثالث.ويهدف المستوى الأول(الوقاية الأولية) إلى الحيلولة دون حدوث حالة ضعف سمعي لدى الأطفال وذلك من خلال التطعيم وتحسين مستوى رعاية الأمهات الحوامل،وتحسين مستوى الرعاية للأطفال،والوقاية من الأخطار، والحوادث البيئية،والإرشاد الجيني،والوقاية من نقص الأكسجين، والتحسس الناجم عن عدم توافق العامل الريزيسي.

أما الوقاية من المستوى الثاني فهي ترمي إلى الكشف المبكر عن الضعف والتدخل المبكر الذي من شانه أن يحول دون تطور الضعف إلى عجز.وتتضمن الوقاية على هذا المستوى اتخاذ الإجراءات الطبية الكفيلة بالتعويض عن الضعف والرعاية الطبية والجراحية الملائمة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أخيرا فإن الوقاية من المستوى الثالث تهدف إلى منع حدوث المضاعفات المحتملة لحالة العجز حتى لا يتطور العجز إلى إعاقة. ويتحقق ذلك من خلال الإرشاد والتأهيل،والتربية الخاصة،وتعديل الاتجاهات،والعلاج النطقي،والمعينات السمعية والبصرية(Ballantyne,1977).

لقد توجهت الجهود في السنوات الأخيرة إلى العمل على الوقاية من التأخر النمائي من خلال التشخيص والكشف المبكر، وتقديم خدمات التدخل المبكر، إذ تعتمد الطريقة والأسلوب الذي يكون فيه الأفراد فاعلين في مرحلة ما قبل المدرسة والمراهقة وحتى الرشد على خبراتهم قبل عمر 30 شهراً، وتتمثل العناصر الأساسية للتدخل السمعي فيما يلي(الزريقات، 2003):

1- ارشاد فوري ومباشر لدعم موقف الآباء للتكيف مع التشخيص والتعبير عن مشاعرهم ومساعدتهم في العمل في ظل هذه المشاعر.

2- تزويد الطفل المعاق سمعياً بالسرعة الممكنة بما يحتاج إليه من سماعات طبية.

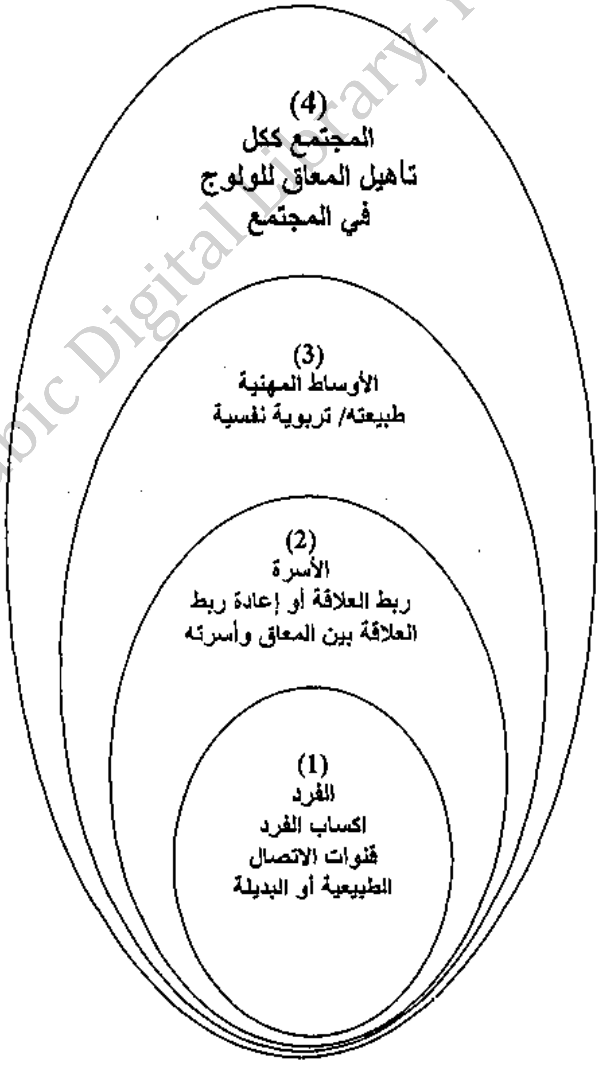
3- تشجيع النمو المبكر لنظام التواصل الرمزي بين أعضاء العائلة والطفل المعاق سمعياً.

أما برامج التدخل المبكر للوقاية من الإعاقة فتصنف إلى ثلاثة مستويات هي: الوقاية الأولية التي تهدف إلى منع حدوث الأمراض ، أو الإصابات ، أو عوامل الخطر التي قد تسبب الإعاقة. أما في حال ظهور اعتلالٍ ما فالوقاية من المستوى الثاني تصبح ضرورية ، حيث أن الهدف المنشود يصبح منع حالة الاعتلال من التفاقم والتحول إلى عجز. وتشمل الوقاية من المستوى الثالث التخفيف من تأثيرات حالة العجز أو الإعاقة على الفرد ، وعلى الأشخاص المهمين من حوله. لكن هذا المستوى من الوقاية يتم تنفيذه بعد حدوث الاعاقة وتطورها.وهذا يعني أن الكشف والتدخل المبكر هو نمط من أنماط الوقاية، وكذلك الأمر بالنسبة للتربية الخاصة والتأهيل والإرشاد، والخدمات الداعمة على اختلاف أشكالها. لذلك

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فالإستراتيجية الوقائية الشاملة لا يمكن تنفيذها في وضع واحد ، أو من قبل مؤسسة واحدة ، بل هي مسؤولية جماعية ، تتطلب مشاركة مؤسسات متعددة : كالأسرة ،والمدرسة ،والمؤسسات الصحية، ومراكز تنمية المجتمع .لذلك يجب أن لا ينصب اهتمامنا على الوقاية من المستوى الثالث، كما هو الحال لدى الكثير من المجتمعات النامية التي غالباً ما تنشد المساعدة بعد حدوث المشكلة وتفاقمها رغم أن الجهود التصحيحية أو التعويضية تصبح أقل فاعلية وجدوى(الخطيب، الحديدي،2004).

وقد قسم العزمية (1999) مستويات التدخل المبكر حسب موضوعه إلى أربعة أقسام تبدأ بالفرد ثم الأسرة ثم الأوساط المهنية ثم المجتمع ككل وقد أوضحها بالشكل التالي:



شكل رقم (4)

مستويات التدخل المبكر حسب موضوعه

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وتعتمد فاعلية التدخل المبكر عادة على نوعية المنهاج المستخدم ومدة تدريب الطفل عليه ومدى تحقيقه للنتائج وهو ما أشارت إليه (السويدي، 1997) حيث ذكرت بعض نتائج الدراسات التي أجريت للتحقق من فاعلية التدخل المبكر والتي كان من أبرزها:

1. معظم الأطفال الذين يلتحقون ببرامج التدخل المبكر يحققون تطوراً نمائياً ويظهرون تغيرات سلوكية طويلة المدى نسبياً.
2. برامج التدخل المبكر التي تعتمد المناهج السلوكية والمعرفية هي البرامج الأكثر فاعلية.
3. معظم الأدلة على فاعلية التدخل المبكر وجدواه قدمته الدراسات ذات العلاقة بالأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيئية. أما الدراسات ذات العلاقة بالأطفال المعرضين للخطر لأسباب بيولوجية- طبية فهي لم تنجح بعد في تقديم أدلة مقنعة بعد.
4. يوجد أدلة متزايدة على أن التدخل المبكر يكون أكثر فاعلية عندما يكون لمدة أطول ومبكراً أكثر.
5. يتأثر التقدم الذي يحرزه الأطفال المستفيدون من خدمات التدخل المبكر باختلاف شدة إعاقتهم، فكلما كانت الإعاقة أشد، كانت الفوائد التي يجنيها الأطفال أقل والعكس صحيح.

تعريف الإعاقة السمعية:

تعتبر الإعاقة السمعية من المشكلات الملحوظة، والتي تستدعي التدخل من أجل العمل على تقليل نسبتها. فهي من المشكلات التي تواجه المجتمعات المتحضرة، والنامية، وخاصة الأطفال (المعتوق، 1996).

ويقصد بالإعاقة السمعية: تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة. وتتراوح الإعاقة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة، والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجة الشديدة جداً، والتي ينتج عنها صمم (حنفي والسرطاوي، 2003).

كما تعرف الإعاقة السمعية على أنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق فيه اضطراب، سواء استخدام المعينات السمعية أو بدونها، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع(عبد الحي، 1998).

وتعرف الإعاقة السمعية أيضا على أنها العجز الحسي الذي يمنع الفرد من استقبال الأصوات المثارة في كل أو معظم أشكالها (Tovan,1995).

ويعرف ضعيف السمع بأنه الشخص الذي إذا زود بالمعين السمعي المناسب يكون قادر على اكتساب اللغة عن طريق السمع (Ysseldyke, Algozzine, 1996).

كما يعرفه الزراد (1990) بأنه الشخص الذي تكون حاسة السمع لديه رغم أنها قاصرة، إلا أنها تؤدي وظائفها باستخدام المعينات السمعية، أو بدون استخدام هذه المعينات. أما الأصم فهو الشخص الذي لا تؤدي حاسة السمع لدية وظائفها للأغراض العادية في الحياة.

هذا ويعرفه سميث (Smith, 2004) بأنه الشخص الذي لديه بقايا سمعية كافية، تمكنه من خلال استعمال المعينات السمعية من فهم حديث الآخرين والتواصل معهم شفوياً.

ويتضح مما سبق أن نسبة السمع المتبقية لدى الفرد تعد من أهم العوامل التي تفصل بين الصم وضعف السمع. وهكذا يخلص الباحث من التعريفات السابقة إلى أن الأصم : هو شخص يعاني من فقد كلي للسمع ، ولا يملك مخزون لغوي طبيعي، ويستطيع اكتساب اللغة بعد اجراء تدخل بيئي وعلاجي ، وتأهيله سمعياً ونطقياً، أما ضعيف السمع: فهو شخص يعاني من فقد جزئي في السمع، و لديه رصيد من اللغة، و الكلام الطبيعي، إذا زود بالمعين

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

السمعي الملائم، و التدريبات السمعية(التخاطبية) المناسبة يستطيع اكتساب اللغة، و النطق السليم للأصوات الكلامية عن طريق السمع.

درجات الإعاقة السمعية:

يؤيد معظم العاملين في ميدان التربية الخاصة تقسيم الإعاقة السمعية إلى مستويات وفقاً لدرجات فقد السمع، كما تقاس بوحدات الديسبل (Decible) (القريوتي، السرطاوي، الصمادي، 1995).

و قد تم تصنيف الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى عدة تصنيفات حسب ما يفقده الطفل من وحدات سمعية إلى:(الخطيب، 2005؛ والزريقات،2003؛ وعبد الحي ،1998)

1. الطفل العادي من حيث السمع (normal) وهو من يعاني من فقدان من 10-25 ديسبل (وحدة صوتية)، ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في سماع الأصوات الناعمة في الضوضاء.
2. فقدان سمع خفيف (Mild) وهو من يعاني فقدان ما بين (25-40) ديسبل (وحدة صوتية) ويواجهه صعوبة في سماع الكلام البعيد والناعم حتى في البيئة الهادئة.
3. فقدان سمعي بسيط إلى متوسط (Mild to Moderate) فقدان ما بين(40 - 55) ديسبل(وحدة صوتية)، ويفهم الطفل كلام المحادثة بصورة عامة في المسافات القريبة فقط.
4. فقدان سمع متوسط إلى شديد (Moderate to Severe) وهو من يعاني من فقدان ما بين (56-70) ديسبل، وهو الطفل الذي لا يسمع إلا من مسافات قصيرة وبصوت عال.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

5. فقدان سمع شديد إلى عميق (Severe to Profound) وهو من يعاني من فقدان ما بين (70-90) ديسبل، حيث لا يمكن لهذا الطفل تعلم الكلام بالوسائل التقليدية.

6. فقدان سمع شديد جدا. وهو من يعاني من فقدان فوق (90) ديسبل، ويدرك الذبذبات بدلاً من نماذج الصوت الكامل.

أنواع الإعاقة السمعية:

إن قدرة الفرد على الكلام واستخدام اللغة كأداة للتواصل في مواقف الحياة اليومية لا يتم إلا في وجود جهاز سمعي سليم، ويترتب على ذلك أن أي خلل يصيب الجهاز السمعي من شانه أن يعوق قدرة الفرد على التواصل (Stach, 1998). والخلل الذي يصيب الجهاز السمعي يتخذ أشكالاً من الإصابة في السمع هي: (القريوتي، السرطاوي، الصمادي 1995)

1) الإعاقة السمعية التوصيلية Conductive Hearing Impairment

وتنتج عن إصابة الأجزاء الموصلة للسمع كالطبلة، أو المطرقة، أوالسندان، أو الركاب فلا تصل الموجات الصوتية بكفاءة إلى الأذن الداخلية، كما يمكن أن تكون كمية كبيرة من المادة الصمغية (Wax) في قناة السمع في الأذن الخارجية تعيق عملية توصيل الأصوات.

2) الإعاقة السمعية الحسية العصبية sensory Neural Hearing Impairment

وهي الإعاقة السمعية الناجمة عن خلل في الأذن الداخلية, أو العصب السمعي, ويعاني المصاب من عجز في سماع الأصوات ذات التردد العالي. فعلى سبيل المثال كلمة (سعيد) يسمعها المصاب (عيد) لان حرف السين من الأحرف التي ترددها عاليا، والمشكلة السمعية الناتجة عن الفقدان السمعي الحسي العصبي تتراوح في الشدة بين البسيط، والشديد.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

3-الإعاقة السمعية المختلطة Mixed Hearing Impairment

تحدث الإعاقة السمعية المختلطة نتيجة لحدوث خلل في أجزاء الأذن الثلاثة وهي عبارة عن خليط ما بين الإعاقة السمعية التوصيلية، والحسية العصبية (الزريقات، 2003).

جدول رقم (1)

العلاقة بين الاضطراب والإصابة والعجز والإعاقة السمعية

	الاضطراب Disorder	الإصابة Impairment	العجز Disability	الإعاقة Handicap
التعريف	أمراض جهاز السمع	وظيفة شاذة (غير طبيعية للجهاز السمعي)	قدرات محدودة للفرد	الحاجة إلى جهود إضافية
المنطقة المتأثرة	- الأذن الوسطى - الخلايا الشعرية - العصب السمعي - جذع الدماغ - القشرة الدماغية السمعية - الأذن الداخلية	- الحساسية السمعية - الموقع - العملية المؤقتة - دمج ثنائي الأذن	- إدراك الكلام - الوعي البيئي - التوجيه	- استقلالية محدودة - مقدار العمل أو التشغيل - نوع العمل - العلاقات الشخصية - الدمج الاجتماعي - التعويض

المصدر: (الزريقات، 2003)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

طرق التواصل لدى ضعاف السمع:

تقوم طرق التواصل مع ضعاف السمع على استغلال أقصى ما يمكن أن يتوفر لدى ضعاف السمع من بقايا سمعية، يمكن استثمارها في تحسين القدرة على نطق الأصوات الكلامية لدية (Gravel& Ogara, 2003).

وفيما يلي عرض موجز لهذه الطرق:

- **التدريب على استخدام المعينات السمعية :**

تتطلب عملية استخدام الطفل للسماعة قدرا كبيراً من العناية والاهتمام، فالطفل يجب ألا يستخدم السماعة طوال اليوم، ولكن يمكن استخدامها لفترة قصيرة من الوقت، ويمكن زيـــادة فترات الاستخدام بشكل تدريجي إلى أن يتعلم الطفل كيفية استخدامها والاستفادة منهـــا إلـــى أقصى حد ممكن (عبد الرحيم، 1996).

- **طريقة التدريب السمعي (Auditory Training).**

وهي من أقدم طرق تدريب ضعاف السمع، التي حققت اكتساب المهـــارات اللغويـــة، وحسنت نطق الأصوات الكلامية. وتركز على استغلال بقايا السمع لدى الطفل، والمحافظـــة عليها، وتنميتها، واستثمارها ما أمكن وذلك عن طريق تدريب الأذن على الاستماع، والانتباه السمعي، وتعويد الطفل على ملاحظة الأصوات المختلفة، والدقيقة، والتمييز بينهما، والإفادة من المعينات السمعية لإسماع الطفل ما يصدر عن الآخرين، وكذلك ما يـــصدر عنـــه مـــن أصوات، مع تدريبه على تنظيم عملية التنفس، وعلاج عيوب النطق. وتعتمد هذه الطريقـــة على تشخيص ضعف السمع، والتدريب المبكر عن طريق متخصصين في السمع، والتدريب السمعي، ومشاركة الوالدين، وخاصة الأمهات بعد تلقيهن التـــدريبات اللازمـــة (kamel & Mohamed, 1997).

- **قراءة الشفاه (Lip Reading)**

تستخدم طريقة قراءة الشفاه مع الأطفال ضعاف السمع بهدف تنشيط فهمهم لما يقولـــه لهم الآخرون. ويتحقق ذلك عادة بتوجيه انتباه هؤلاء الأطفال إلى الحركات والإشارات التي تحدث على الشفاه، وبعض حركات الوجه التي تساعد على فهم الكلام. وتحتاج قراءة الـــشفاه

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

إلى أصوات, والمشكلة هي أن بعض الأصوات اللغوية قليلة الظهور, أو التي لا تظهر على شفاه المتحدث, وكذلك بعض الأصوات اللغوية التي تظهر بحركات سريعة يصعب أتباعـها (الزريقات، 2003).

اثر الضعف السمعي على اللغة ونطق الأصوات الكلامية:

يلعب السمع دوراً مهماً في تعلم الكلام في السنوات المبكرة من حياة الطفل. فالطفـل يتعلم الكلام من خلال سماعه للآخرين وهم يتكلمون، وعبر تقليد ما يسمعه مـنهم. وعنـدما يصل الطفل إلى المدرسة تتحول هذه الرموز الصوتية إلى رموز مكتوبـة، وتبـدأ عمليـة القراءة، والكتابة (عبدالرحيم،1991).

وحرمان الفرد الجزئي من حاسة السمع يعني حرمانه من وسيلة مهمة تيسر له تعلـم الأصوات ونطقها. ومن المعروف أن اكتساب اللغة والنطق السليم للحروف الكلامية يعتمـد اعتماداً مباشراً على الإدراك السمعي. فالطفل ضعيف السمع لديـه مـشكلة فـي اسـتقبال المثيرات السمعية؛ مما يؤدي إلى اضطرابات لغوية، ونطقية لديه، وبذلك تتطور حياته دون أن يتمتع بالاتصال، أو التعامل مع المجتمع على أساس سمعي (الفحل، 1996).

ويشير نوبر ونوبر(Nober & Nober, 1977) إلى أن التركيب الصوتي لضعاف السمع يتميز بالخصائص الآتية:

- الحذف والتشويه والإبدال في المقاطع التي لا تعد وقفات أثناء الكلام.
- زيادة الرنين الأنفي مما يؤثر على عملية النطق.
- استهلاك كثير من الهواء، وصوت ضعيف، وعلى نغمة واحدة.
- استخدام الأصوات المتحركة(Vowels) اكثر من السواكن (Cons tonants).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

• استبدال الأصوات المجهورة (Voiced) بمثيلتها المهموسة (Not voiced)، أو العكس.

وليست العيوب النطقية لأصوات الكلام أساس مشكلة التواصل اللغوي عند الطفل ضعيف السمع؛ وإنما في حصيلة المفردات اللغوية؛ وضعف في السياق لديه؛ إذ يكون تتابع الكلمات مختلاً، وقد توضع بعض الكلمات دون الحاجة لها، أو تحذف بعض الكلمات المهمة، كما يستخدم الطفل مقاطع نهاية الكلمات استخداماً خاطئاً (Moores, 1996).

ولما كان اكتساب اللغة والنطق السليم للأصوات الكلامية يتم عن طريق القناة السمعية بصفة أولية، كانت المشكلة التي تواجه الطفل ضعيف السمع عند التحاقه بالمدرسة هو قلة عدد المفردات اللغوية التي اكتسبها وكذلك اضطرابات النطق التي يعاني منها(Mindel, 1967).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وعلى هذا فقد ذكر كنت ومارتن وسيوفت (Kent& Martin& Sufit, 1990) أننا إذا أردنا تقليل المشاكل النطقية واللغوية لدى الأطفال ضعاف السمع، فإن علينا أولاً أن نركز على تعليمهم اللغة والنطق السليم داخل المنزل، لان الانتظار حتى يصل الطفل إلى سن المدرسة كفيل بان تتضاعف المشكلة بشكل كبير جدا وملحوظ لديه.

الخصائص اللغوية والكلامية للمعاقين سمعياً:

يؤكد هلاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman , 2003) على أن أكبر الآثار السلبية للإعاقة السمعية يظهر بوضوح في مجال النمو اللغوي، والنطق السليم للأصوات الكلامية، وعليه فان المعاقين سمعيا يعانون من تأخر واضح في نمو اللغة، والنطق. وتتضح درجة هذا التأخر كلما كانت درجة الإعاقة السمعية أكبر. ونتيجة للإعاقة السمعية لا يحصل الطفل على (تغذية سمعية مناسبة) في مرحلة المناغاة،

فلا يداوم على المناغاة، ولا يحصل على إثارة سمعية كافية، أو تـدعيم لفظـي مـن الراشدين، إما بسبب إعاقته السمعية، أو بسبب عزوف الراشدين مـن تقـديم الإثـارة السمعية نتيجة لتوقعاتهم السلبية عن الطفل، أو كلا العاملين معـا، ممـا يحـول دون حصول الطفل على نماذج لغوية مناسـبة يقـوم بتقليـدها(Hallahan & 2003 , Kauffman).

وحيث أن النمو اللغوي هو الأكثر تأثيراً بالإعاقة السمعية، فالطفل ضعيف السمع يكون ذا مخزون لغوي محدود، ولدية مشاكل نطقية وكلام بطيء ذو نبرة غير عاديـة ويتمركـز حول المحسوس (الخطيب، 1996).

اضطرابات النطق لدى المعاقين سمعياً:

تتأثر العلاقة بين حاسة السمع، واكتساب اللغة، وسلامة النطق بعاملين هما:

1- حدة الفقد السمعي.

هناك علاقة بين شدة الفقدان السمعي، واضطرابات النطـق. فكلمـا زادت درجـة الفقدان زادت معها شدة اضطرابات النطق.

2- العمر الذي وقع عنده الفقد السمعي والعمر الذي اكتشف فيه. فـإذا كـان الفقدان السمعي حاداً منذ الولادة يكون اكتساب اللغة أمراً صعباً، بما فيها الجوانب، الفنولوجية، والتركيبية، والخاصة بالمعاني.

ولقد أوضح الباحثون أثر الفقدان السمعي على إنتاج الصوت، حيث لاحظوا الخصائص التالية للصوت المتحرك لدى الأفراد المعاقين سمعيا.

- عدد الابدالات في الأصوات المتحركة (العلة) مثـل إبـدال الأصـوات المتحركـة المتوترة بالرخوة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- إبدال الأصوات المدغمة بأصوات معلولة، والأصوات المعلولة بالمدغمة.
- حدوث الحذف في الصوت المعلول، أو المدغوم (الببلاوي، 2003).

وقد أشار موري (Murray, 1991) إلى أن بعض أخطاء الأصوات المتحركة تعكس صعوبات في التمييز بين ما هو مجهور، وغير مجهور، وابدالات المجهور، وغير المجهور، والأنفي، والشفاهي، والاحتكاكي، والوقفي، وحذف الأصوات الساكنة في بداية الكلام وآخرها، والتشويهات، والأنفية غير الملائمة للأصوات الساكنة، والحذف الأخير للصوت الساكن.

وقد بين الملكاوي (2006) أن أخطاء النطق الشائعة لدى الأطفال المعاقين سمعياً ليست مقيدة بإنتاجيات الفونيمات الفردية (الوحدات الصوتية المفردة)، بل تقع الأخطاء كذلك بسبب السياق الصوتي المتضمنة فيه الأصوات، وأوضح أن الأخطاء الشائعة للنطق في كلام المعاقين سمعياً إعاقة سمعية متوسطة، والذي يستحيل عليهم التواصل السمعي اليومي، أو ما إلى ذلك، وهي على النحو التالي:

1. **الحذف(Omisson):**

هو حذف الطفل صوتا، أو اكثر من الكلمة مما قد يغير المعنى. أي أن الفونيم لا يحدث من مكانه مثل (ياره بدل سيارة). وتحدث في بداية الكلمة، ونهايتها، ووسطها عند توالي صوتين ساكنين. ولا توجد قاعدة ثابتة ومحدودة للحذف.

2. **الإبدال (Substitution) :**

تحدث مشكلة الإبدال عندما يستبدل صوت آخر قد يغير المعنى، وقد تكون هذه المشاكل في:

- إبدال الأصوات الساكنة المجهورة بالمهموسة.
- إبدال الأصوات الأنفية بالفمية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- إبدال التغذية الراجعة الحس حركية، واللمسية المدركة بسهولة ذات التغذية الراجعة الأقل إبدال مثل و/ ب /ر.

3. التشويه (Distortion):

يحدث عندما يحمل الصوت المنطوق بالعناصر الأساسية للصوت المقصود، ولكن هنالك عناصر أخرى مضافة له. والتشويه على الأغلب أكثر من الحذف والإبدال، وتكون هذه الأخطاء في: (الببلاوي، 2003)

- درجة القوة، عادة تنتج الأصوات الساكنة (الاحتباسية) والاحتكاكية أما بقوة كبيرة جدا زائدة، أو بقوة ضعيفة زائدة عن الحد.
- تقترن الأصوات الأنفية المرتفعة بانتاجات الصوت المتحرك.
- عدم دقة نطق الصوت المتحرك، وتحريره.
- طول الأصوات المتحركة (حيث يميل المتحدثون ضعاف السمع إلى إنتاج الأصوات المتحركة في مدة غير متمايزة عادة في اتجاه مدة زمنية زائدة).

4. الإضافة (Addition):

هي أخطاء النطق حيث يضيف الطفل فونيما إلى الكلمة مما قد يغير المعنى، وتكون هذه الأخطاء في: (Hedge, 1991)

- إقحام متحرك زائد بين الأصوات الساكنة.
- الانفلات غير الضروري لأصوات ساكنة وقفية ختامية.
- إدغام الأصوات المتحركة.

أسباب الإعاقة السمعية

تتعدد أسباب الإعاقة السمعية لتشمل ما يلي: (الزريقات،2005 ؛ الخطيب،2005)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو التعرض للالتهابات .
- تجمع المادة الصمغية التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن وتصلبها مما يؤدي إلى سد القناة السمعية
- ثقب في الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مزعجة ومرتفعة ولفترات طويلة
- تعرض الأذن للالتهابات المتكررة مما يؤدي إلى زيادة افرزات السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى .
- العيوب الخلقية في الإذن الوسطى كالتشوهات الخلقية في الطبلة أو العظيمات الثلاث
- أسباب وراثية
- الإصابة بالحمى الشوكية
- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية
- نقص الأوكسجين والولادة المتعسرة
- عدم توافق دم الوالدين (العامل الريزيسي RH)

ومما سبق يتضح مدى اهمية وجود تدخل مبكر فعال، عبر برامج موجهة ومنظمة، تزيد من فاعلية حاسة السمع في اكتساب المعارف والمهارات، التي تقود إلى التواصل الجيد والفعال مع الأسرة والمجتمع، والذي ينتج عنه وقوع الطفل المعاق سمعياً في مرتبة متوازية مع أقرانه العاديين في الجوانب الأكاديمية، واللغوية، والاجتماعية، والنفسية.

ومن هنا يؤكد الباحث على ضرورة تكامل جميع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية التي تقدم خدمات مبكرة للأطفال المعاقين سمعياً، وتعاونها الدائم والمستمر من أجل الارتقاء بنوعية الخدمات المقدمة لهم ولأسرهم.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ثانياً: الدراسات السابقة:

وقد اطلع الباحث على الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وقام بعرضها وفقاً للترتيب الزمني بدءاً بالأقدم فالأحدث.

فقد أجرت فيولا (Viola,1975) دراسة كان موضوعها "دراسة على الأطفال الصم في سن ما قبل المدرسة والذين يعانون من مشكلات في السلوك، استهدفت هذه الدراسة معرفة التغيرات التي تطرأ على الأطفال الصم في نمط السلوك والنضج الاجتماعي وتكيف الشخصية بعد إتباع برنامج علاجي عن طريق اللعب غير الموجه لمدة (10 أسابيع)، طبق على عينة قوامها (24 طفلاً أصماً) تتراوح أعمارهم من (4-6) أعوام وقسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدمت المنهج التجريبي عن طريق إدخال متغير اللعب على المجموعة التجريبية دون الضابطة واستخدمت الاختبارات الآتية في القياس القبلي والبعدي وهي: قائمة مشكلات السلوك، اختبار معدلات السلوك، اختبار فاينلاد للنضج الاجتماعي وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان من أبرزها :

1- لم يحدث تحسن في معدلات السلوك وتكيف الشخصية للأطفال الذين تعرضوا للعلاج.

2- في اختبار النضج الاجتماعي حصلت المجموعة التجريبية على درجات أعلى من الضابطة.

3- أما نتائج إجابات الآباء والمدرسين على المجموعة التجريبية يفيد حدوث تغيرات إيجابية في سلوك أطفالهم بعد فترة العلاج.

وقام جرنيبرج (Greenberg,1982) بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج الإرشاد، والتدخل المبكر في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلها المعاق سمعياً لخفض الضغوط

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الواقعة عليها. وتكونت عينة الدراسة من(24) أسرة ممن لديهم طفل أصم يتراوح عمر أطفالها ما بين (3-5) سنوات في كولومبيا البريطانية. وقد استخدم في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة السمعية وأثارها، وطرق التواصل الشفهي مع الطفل المعاق سمعياً، وكيفية العناية به. وأشارت النتائج إلى أنه كان للبرنامج تأثيراً دال إحصائياً في تحسين المهارات الاجتماعية والتواصلية الشفهية.

وقام ميسلمان (Musselman,1985) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العوامل المؤثرة على النمو اللغوي، والاجتماعي عند ضعاف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد تكونت عينة الدراسة من (153) طفلا من ذوي الإعاقة السمعية تتراوح أعمارهم ما بين (3-7) سنوات. وقد استخدم الباحث أدوات تقيس النمو اللغوي ، والاجتماعي، في مرحلة ما قبل المدرسة، تمثلت في: مقاييس لغوية، ومقابلات شخصية، وبرامج اتصال كلي(قراءة شفاه، وهجاء إصبعي، ولغة إشارة، وتدريب سمعي)، وكذلك برامج سمعية، وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

1. يلعب تدريب الوالدين دورا مهما في البرامج السمعية، والسمعية الشفاهية.
2. يتأثر نمو اللغة بنوع التواصل، ولكن التأثير يختلف باختلاف مكونات اللغة.
3. وجود فروق بسيطة بين العينات التي اندمجت في برامج الاتصال الكلي، والبرامج السمعية، والعينات الأخرى التي لم تندمج في برامج الاتصال الكلي، والبرامج السمعية.

وفي دراسة أجراها ستينباك (Stainback, 1986) هدفت إلى استطلاع آراء المعلمين حول كفايات المعلمين الأساسية للعمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة حيث بلغت عينة الدراسة (117) معلم ومعلمة في مقاطعة فيلادلفيا وقد أظهرت النتائج أن الكفايات المتعلقة بالمنهاج ومهارات التواصل مع الأسرة وتوصيل

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الخدمة أهم من الكفايات ذات العلاقة بتنظيم الصف والعلاقة مع الإدارة، كما أظهرت أن إجابات المعلمين ذوي الخبرات الطويلة أفضل من المعلمين ذوي الخبرات القصيرة.

وأجرت الحديدي (1991) دراسة هدفت لتحديد الكفايات التعليمية لمعلمي الأطفال المعاقين سمعياً في الأردن حيث بلغت العينة (44) معلماً ومعلمة وقائمة تشمل (44) كفاية تعليمية ووزعت على المجالات، التقييم، وتصميم وتنفيذ التعليم، العلاقة وإرشاد أسر الطفل المعوق سمعياً، وإرشاد الطفل المعوق سمعياً، الخصائص الشخصية للمعلم، والعلاقات مع المجتمع وأوضحت نتائج الدراسة أن الكفايات جميعها لها أهمية كما أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بتقدير المعلمين لأهمية الكفايات تعزى للمؤهل العلمي، وعدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لمتغير الخبرة على تقدير الكفايات التعليمية.

أما دراسة مسلمان (Musselman, 1991) فهدفت إلى عقد مقارنة بين مجموعة من الأمهات العاديات اللواتي يستخدمن أسلوب التواصل الشفهي، ومجموعة ثانية تستخدم أسلوب التواصل الكلي مع أطفالهن ضعاف السمع. حيث تكونت عينة الدراسة من (34) طفلاً من ضعاف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً بين الأمهات اللواتي استخدمن أسلوب التواصل الكلي مع أطفالهن، وبين النمو الكلي، والاجتماعي لديهم.

وقام ستيورات (Stewrat,1991) بدراسة في ولاية جورجيا وضح فيها الكفايات التي يجب أنّ يتمتع بها العاملين في برامج الطفولة المبكرة لذوي الاهتمامات الخاصة بهدف تحديد الاحتياجات التدريبية أثناء الخدمة.

وقد وفرت نتائج هامة في تطوير خطة تدريب العاملين وتضمنت أهمية أن يتوفر لدى أولئك العاملين كفايات في جوانب النمو وتطوير الطفل، والمشاركة الأسرية والتقييم،

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ومهارات التكنولوجيا، وتنفيذ ووضع الخطط التربوية الفردية والأسرية، وقد أوصت الدارسة بأهمية إشراف مؤسسة تدخل مبكر موحدة لتطوير مهنية العاملين في تلك البرامج.

وقدمت سالي (Sally,1992) دراسة هدفت إلى التعرف على الكفايات اللازمة لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة وقد بلغت العينة (80) معلماً ومعلمة وتضمنت الكفايات في مجالات المعرفة، المهارات، القيم، والاتجاهات وأكدت على أهمية تدريب معلمي الطفولة المبكرة لتزويدهم بكفايات ميدانية لاختيار الأنشطة الملائمة نمائياً، ومهارات التواصل مع الأسرة، والمعرفة ببرامج وتشريعات التدخل المبكر، كما تؤكد الباحثة أن العاملين ينقصهم المهارات التطبيقية وانه من الضروري توفير نموذج لتقييم الكفايات اللازمة للعاملين مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخصوصاً في مجال العمل كفريق متعدد التخصصات.

وفي دراسة قام بها باميلا ونانسي (Pamela & Nancy, 1995) بين فريقين من العمل أحداهما يمتلك المهارات التشاركية مع الأسرة وفريق آخر لم تشارك الأسرة في صنع القرارات وقد تبين أنّ الفريق الذي يمتلك مهارات التواصل مع الأسرة أحدث عدداً من التغيرات وأسرع في اتخاذ القرارات ووضع الاستراتيجيات المناسبة، كما أبدت الأسرة تفهمها لبعض العوائق المؤسسية في تقديمها لبعض الخدمات مقارنة مع الفريق الآخر الذي أفاد أنّه من الصعب عليهم اتخاذ القرارات دون تبادل المعلومات مع الأسرة.

وقد أوصت الدراسة إلى أهمية التعاون مع الأسرة لإنجاح برامج التدخل المبكر.

أما دراسة ميدو وماكترك وسبنسر وكستر (Meadow, Macturk, Spencer& Koester, 1995) فقد هدفت إلى التعرف على أثر الإعاقة السمعية على علاقة الأم بطفلها الرضيع، وعلى دافعية الطفل للتعلم، والتعرف على الأشياء، وعلى النمو اللغوي المبكر

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

للطفل. وكانت أعمار الأطفال تتراوح ما بين (9– 18) شهراً. تكونت عينة الدراسة من (20) رضيعاً لديهم إعاقة سمعية شديدة كمجموعة تجريبية، و(20) طفلاً من الأطفال السامعين كمجموعة ضابطة. وقد أشارت النتائج إلى أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية فيما بين الأطفال المعوقين سمعياً، والأطفال السامعين من حيث الارتباط بالأمهات، وأن الأطفال المعوقين سمعياً لا يختلفون عن الأطفال السامعين من حيث التعرف على الأشياء، وكذلك من حيث التواصل البصري الإيمائي قبل اكتساب اللغة، أو حتى من حيث كمية التواصل، إلا أن التواصل اللفظي لدى الأطفال السامعين كان أكثر تطوراً ونضجاً، وكذلك أوضحت الدراسة أن للدعم الاجتماعي أثراً إيجابياً على نوعية تواصل الأمهات مع أطفالهن المعوقين سمعياً.

وهدفت الدراسة التي أجراها بست وأخرون (Best et al, 1995) عن"التطور الإدراكي لدى الأطفال الصُم" لكشف طبيعة التطور الإدراكي لدى الأطفال الصم، إضافة إلى تحديد العلاقات بين العمليات البيئية وبين التطور الإدراكي، وتكونت عينة الدراسة من 16 طفلاً في عمر الروضة ممن يعانون من ضعف السمع، وقد تم جمع المعلومات والبيانات في هذه الدراسة من خلال طرح مقياس تدريج التطور السيكولوجي للأطفال على أفراد عينة الدراسة، وتم أيضاً الحصول على بيانات الدراسة من خلال طرح استبيان المحفزات المنزلية "تراوح عمر الأطفال بين 23 شهراً إلى 38 شهراً. ومن خلال طرح استبيان "الاستبيان المنزلي، اختبار ولاية يوتا لتطور اللغة، وهو مهمة تفاعل بنائية بين الطفل والأم، إضافة لمهمة وضع الأطفال ضمن فئات ،عندما كان عمر الأطفال 36 شهراً إلى 54 شهراً. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن التطور الإدراكي المبكر لدى الأطفال الصم فيما يطلق عليه Piaget مرحلة التطور الحسي الحركي كان يتقدم بشكل طبيعي لدى الأطفال الصم، ولكن

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التطور الإدراكي لدى هؤلاء الأطفال يعتمد بشكل كبير على تفاعل هؤلاء الأطفال مع البيئة المحيطة، مع هذا، فقد أظهر هذا النوع من التطور تبايناً واضحاً بين الأطفال الصم وبين الأطفال الطبيعيين، كما أشارت النتائج أيضا أن هناك ضرورة لأن تركز برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال الصم على الجوانب التالية:

- تطوير مهارات الاتصال.
- تطوير مواد منهاجية خاصة بهؤلاء الأطفال.
- ضرورة تدريس الأطفال الصم المفاهيم التي يمكن نقلها عادة من خلال التفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة.

وقام كالديرون (Calderon, 1998) بدراسة عن فوائد الكشف والتدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من ضعف سمعي وقام بدراسة النتائج طويلة الأمد وقصيرة الأمد للكشف والتدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من ضعف سمعي في الولايات المتحدة. وقد تم في هذه الدراسة عمل تقييم لمهارات التحدث، مهارات اللغة، والمهارات السمعية في وقت تخرج الأطفال من برنامج التدخل المبكر.

وأظهرت نتائج الدراسة أن التدخل المبكر يقدم فوائد إيجابية كثيرة قادرة على المساهمة في تطور الطفل، وقد أظهرت الدراسة أيضاً وجود أثار واضحة لعمر الطفل عند دخول برنامج التدخل المبكر على التطور اللغوي للطفل.

كما قام دورثي (Dorothy, 1999) بدراسة مسحية لتحديد الكفايات الضرورية لتحضير العاملين في ميدان التدخل المبكر وشملت العينة (26) معلم ومعلمة وتوصلت الدراسة لإعداد ثلاثة برامج تحضيرية لإعداد العاملين وتدريبهم حول أسس التربية في مرحلة ما قبل المدرسة لذوي الاحتياجات الخاصة وبرنامج تحضيري في التقييم والتعرف

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المبكر لمشكلات الإعاقة، وطرق تعلم وتدريب الطفل في المجـالات النمائيـة، وتبـين أنّ العاملين أصبحوا أكثر رضا ورغبة في العمل بعد تلقي التدريب.

أما دراسة بلامي، باري، وجاك (Blamy, Barry& Jack, 2001) فقد كانت حـول نمو مخزون الأصوات الكلامية عند أطفال زارعي القوقعة بعد ست سـنوات مـن إجـراء العملية, وقد أجريت هذه الدراسة على (9) أطفال من ذوي الإعاقة السمعية التامة في كلتـا الأذنين. إذ بلغ معدل عتبة سمع كل واحد منهم ما يعـادل 105 ديـسبل حـسب الفحـوص السمعية التي أجريت لهم باسـتعمال جهـاز فحـص الـسمع علـى قيـاس (Puretone Audiometer). خمسة من هؤلاء الأطفال كانوا مصابين بالإعاقة السمعية منـذ الـولادة، والباقي تم اكتسابهم للإعاقة بسبب مرض السحايا. ومعدل عمر الأطفال عند حدوث الإعاقة كان ما بين الشهر والثلاثة أشهر (1-3) تمت زراعة القوقعة لكل واحد منهم تقريباً في عمر (3) سنوات و (9) أشهر وكانت الأجهزة من نوع Cochlear 22 ، وقد أدرجوا جميعاً فـي برامج التدريب السمعي الشفوي مباشرة.

أشارت نتائج الدراسة إلى تفاوت ملحوظ في سرعة الاكتساب بين الأطفال. فقد أظهر بعضهم تقدماً ضئيلاً في تحصيل الأصوات الكلامية حتى السنة الثالثة بعد العملية، وقـد تـم تحسن تحصيلهم في السنة الرابعة، كما أظهر البعض الآخر تقدماً بطيئاً لفترة معينة. ثم تبعها تقدم سريع. وفي السنتين الخامسة والسادسة (5-6) كان التحصيل بطيئاً لمعظـم الأطفـال، ويعزى هذا التباطؤ إلى عوامل عديدة منها تقدم الأطفال بالعمر، إذ كان معدل عمر الأطفال في السنة السادسة لزراعة القوقعة في حدود9 سنوات و9 أشهر. ففي هذه الفترة يكون معظم الأطفال السامعين قد أتموا فترة نمو مخزونهم من الأصوات الكلامية، ومن الممكن أيضاً أن يفقد الجهاز العصبي الناضج جزءاً من مرونته مع تقدم الطفل في العمر، ويتوافق هذا مـع

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

نظريات الفترات الحرجة لتطور اللغة المنطوقة، وقد أثبتت الدراسة أن زراعة القوقعة لأطفال جاوزوا عمر الثامنة قد بدا عليهم النمو البطيء في إصدار الكلام بعكس الأطفال الذين تمت الزراعة عندهم في عمر مبكر.

كما أجرى هوتنين (Huttunen, 2001) دراسة هدفت إلى الكشف عن النظام الصوتي لدى الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة، وتكونت عينة الدراسة من (5) أطفال سمعهم طبيعي، و(10) أطفال ممن يعانون من إعاقة سمعية متوسطة. تراوحت أعمارهم ما بين (4 – 6) سنوات، وقد استخدم الباحث اختبار تسمية الصور كأداة للدراسة، إذ تكون الاختبار من (62) كلمة وصورة مألوفة لدى الأطفال، من أجل الكشف عن اضطرابات النطق لديهم، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال السامعين كانت الأخطاء النطقية (اللفظية) قليلة جداً لديهم، بينما كانت الأخطاء النطقية (اللفظية) عند الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة كثيرة جداً، وخصوصاً في الأصوات الساكنة.

وفي دراسة أرتمر وميلسون (Ertmer & Mellon, 2001) عن النمو المبكر للأصوات لدى طفلة تم زراعة القوقعة لديها، فقد أجريت الدراسة على طفلة لديها إعاقة سمعية عصبية خلقية، وتم اكتشاف ذلك بواسطة جهاز فحص الدماغ، ولم تكن الطفلة تعاني من أية مشاكل أخرى عقلية، أو حركية. وتم تأكيد فقدان السمع عند خمسة شهور واستخدمت المعينات السمعية وعمرها ستة شهور، أجريت لها عملية زراعة القوقعة وهي بعمر 19 شهراً، وقد تلقت برنامج تدريب سمعي كلامي، ولغوي شفوي مرتين أسبوعياً، ثم تمت متابعة التطور من خلال التسجيلات الصوتية، وفيديو مرئي، وقد استخدم اختبار (SAEVD) لمتابعة التقدم (Strak Assessment of Early vocal Development) ولا بد من الإشارة هنا إلى النقاط التالية:

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

1. لا تستطيع الطفلة أن تسمع بشكل طبيعي حتى مع استخدام جهاز القوقعة المزروع.

2. تؤثر الإعاقة السمعية مهما كانت شدتها بشكل سلبي على النمو اللغوي، وقد تم ملاحظة تقدم ملموس على النمو الصوتي واللغة الشفوية عند الطفلة.

3. لقد بذل والدا الطفلة ما بوسعهما لتوفير الجو الملائم للتعليم طوال اليوم.

لقد أشارت الدراسة إلى أن الفرضية القائمة على التقدم الملحوظ للطفلة، والمتدرجة نحو الأصوات الأكثر تعقيداً، والمشابهة للكلام خلال فترة الزراعة، يدل علي بلوغ الطفلة مستويات عالية من تطور الأصوات، وبشكل عام فإن التقدم الذي أحرزته يبدو أسرع مما حدث مع تطور أطفال آخرين، وزيادة مفرداتهم المنطوقة، وفرق في السرعة في اكتساب الكلام، ومهارة اللغة عند أطفال الزراعة كان واضحاً.

أما الدراسة التي قام بها رودس (Rhodes, 2002) على التقدم اللغوي الشامل من خلال الطريقة السمعية اللفظية عند الأطفال الصم فقد ركزت على معدل النمو اللغوي الشامل عند 40 طفلاً يعانون من فقدان السمع (مستخدمي المعينات السمعية، والقوقعة المزروعة)، والذين تلقوا تدريباً سمعياً نطقياً لمدة سنة إلى أربع سنوات، وقد خضعوا لثلاث أدوات قياس سنوياً بعد ابتداء الخدمات السمعية اللفظية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أداء المجموعة في اللغة التعبيرية والاستقبالية زاد بنسبة (100%) للسنتين الأوليتين من التدريب السمعي اللفظي، وكذلك عند الأطفال الأكبر العاديين لمرحلة ما قبل المدرسة. وقد أحرز الخريجون في هذه الدراسة كفاءة لغوية على مستوى يتناسب مع أقرانهم من الأطفال السامعين.

وقد تلقى أفراد العينة خدمات تدريب بواسطة برنامج خاص متخصص في تقديم الأسلوب السمعي اللفظي للعائلات التي لديها أطفال صم، أو فاقدون للسمع، لم يكن هناك متطلبات اختيار للالتحاق في هذه الدراسة سوى اهتمام الوالدين بتنمية مهارة أطفالهم، ووجود

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فقدان سمعي عند الأطفال المعنيين كما استبعد الأطفال الذين لم يحضروا بشكل منتظم لهـذه المعالجة. وقد أشارت نتائج الدارسة إلى أن النمو في عمر اللغة التعبيرية كان أعلى بقليل من معدل النمو في عمر اللغة الاستقبالية، هذه نتائج هامة يمكن تفسيرها بأنه على الـرغم مـن تركيز التدريب السمعي اللفظي على لغة الاستقبال فان الأطفال فاقـدي الـسمع المـشاركين حصلوا على نمو ملحوظ في كل من اللغة التعبيرية، والاستقبالية، ولا بد من الإشارة إلى أن الأطفال الذين تخرجوا من البرنامج السمعي- اللفظي تخرجوا مع قدر مكـافئ مـن العمـر الزمني، واللغوي وهذا يدعم المبدأ أن المدخل السمعي- الشفوي طريقـة اتـصال حيويـة للأطفال الصم، أو فاقدي السمع، وتدعم المعطيات حقيقة أنه بإمكان الأطفال فاقدي السمع أن يتعلموا بنفس معدل السرعة، وحتى على درجة أعلى كما يفعل أقرانهم الـسامعون، وتـدعم معطيات الأطفال الخريجين الأربعة عشر النتيجة بأن التدريب السمعي – الـشفوي يقلـص الفجوة ما بين العمر الزمني والعمر اللغوي، لكن لابد من المتابعة المطلوبة لهؤلاء الخريجين لأن ذلك سيكون مصدر معلومات مستقبلية لأولئك الذين يحاولون اختيار اتـصال مناسـب للأطفال فاقدي السمع الشديد.

كما أجرى فليب وهيلبرت (Philippa & Helbert, 2002) دراسة لمعرفة وجهـات نظر العاملين في ميدان التدخل المبكر حول احتياجاتهم وأمنياتهم لتغيير واقع التدخل المبكر وقد شملت العينة (241) من العاملين من مختلف التخصصات وقد أوضـحت الدراسـة أن احتياجاتهم تدور حول تحسين بيئة العمل وتقليل العمل المكتبي، زيـادة الخـدمات المقدمـة للأطفال وأسرهم، وتزويدهم ببرامج تدريبية تلبي احتياجاتهم، وتوفير البنية التحتيـة لبنـاء فريق العمل، والتدريب على كيفية التواصل مع الأسرة، وأخيراً العودة في تقديم الخـدمات القائمة على المركز وإلغاء الخدمات المنزلية، وقد أظهرت النتائج ما يلي:

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- لا يوجد فروق في احتياجات العاملين لعمل الفريق تعزى للتخصص وإنما للخبرة لصالح الخبرة الأقل من 5 سنوات.
- هناك اختلاف في احتياجات العاملين حول العلاقة التشاركية مع الأسرة لصالح معلمي التربية الخاصة ومنسقي الخدمة، ولا يوجد فروق تعزى للخبرة.
- توجد فروق في احتياجات العاملين حول العودة إلى خدمات المركز تعزى إلى الخبرة لصالح الخبرة الأكثر من 5 سنوات، ولا توجد فروق تعزى للتخصص.
- دعت جميع التخصصات إلى زيادة الخدمات المقدمة للطفل والأسرة .

وأشار ديبورا (Deborah, 2002) إلى أهمية التعرف للاحتياجات التدريبية لكل من أولياء الأمور والعاملين في برامج التدخل المبكر وقد أجرى دراسة مسحية على عينة مختارة عشوائياً بلغت (627) من العاملين و(535) من أوليا الأمور.

وأشارت النتائج أنّ هناك فروق ذات دلاله إحصائية في الاحتياجات التدريبية في مجال المعرفة بوسائل البحث والتعاون مع الفريق وإدارة الصف لصالح العاملين، كما توجد فروق لصالح الوالدين حول طرق إدارة المشكلات السلوكية للطفل، ولا يوجد فروقات في احتياجاتهم حول المعرفة، والعلاقات التشاركية، وتبادل المعلومات، ويؤكد الباحث أنّ الكفايات المتعلقة بمهارات العمل ضمن فريق وتوصيل الخدمة بحاجة إلى التدريب، وأنّ طريقة التدريب كورش عمل هي الأفضل للعاملين في حين أنّ أشرطة الفيديو والمعرفة المباشرة ومجموعة الأسر الداعمة هي الأفضل بالنسبة للأسرة.

من جهة أخرى أجرى كارجن (Kargin,2004) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برامج التدخل المبكر الأسري للأطفال المعاقين سمعيا في المناطق الريفية في تركيا، وكانت عينة الدراسة مكونة من 12 طفلا ممن يعانون من إعاقة سمعية، وتراوحت أعمارهم بين

الولادة وسن الرابعة ، أما أداة الدراسة فكانت عبارة عن نموذج لجمع البيانات الأولية مقدم لأسر الأطفال، وكذلك مقياس تدريج الحاجات الأسرية وكذلك نموذج مشاهدة لتقييم التواصل اللفظي .وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية التدخل المبكر للأطفال المعاقين سمعيا من قبل الأسرة .

وأجرى البطاينة (2004) دراسة هدفت إلى التعرف على أنماط الاتصال المستخدمة بين أسر ذو الحاجات الخاصة ومعلميهم لدى مؤسسات التربية الخاصة بمدينة إربد بالمملكة الأردنية الهاشمية، وقد استخدم لهذا الغرض أداة أنماط الاتصال التي أعدها السرطاوي (1995)، حيث بلغت عينة الدراسة (144) معلما ومعلمة ، حيث أظهرت النتائج أن أكثر الأنماط المستخدمة مع أسر ذوي الحاجات الخاصة من قبل المعلمين هي تقارير عن مدى تقدم حالة الطفل ، ولقاءات فردية مع الأسر، واتصالات متفرقة تحدث بين الحين والآخر. كما أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أنماط الاتصال وأشكاله المختلفة، تعزى إلى متغير الجنس، وتخصص المعلم ومؤهله، ونوع الإعاقة، في حين كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا، تعزى إلى متغير الخبرة.

وهدفت دراسة الملكاوي (2005) إلى معرفة مدى فاعلية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة في مرحلة ما قبل المدرسة في تحسين نطق الأصوات الكلامية العربية، حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (30) أماً وأطفالهن المعاقين سمعياً، وقد تم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية عددها (15) أماً وطفلها، ومجموعة ضابطة عددها (15) أم وطفلها، وقد كانت أعمار الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة (حسي/ عصبي) تتراوح ما بين (406) سنين تم تشخيصهم طبياً. وقد قام الباحث بإعداد أداتين: أداة مهارات الأمهات لمخارج أصوات اللغة العربية، وأداة القياس المصور

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

للكشف عن اضطرابات نطق الأصوات الكلامية العربية لدى الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة، وقد تم استخراج معاملات الصدق والثبات المناسبة لهذه الدراسة، وتم تطبيق البرنامج التدريبي الذي يتكون من (32) جلسة خلال أربعة شهور على أمهات الأطفال.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فرو ذو دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي، كما أظهرت وجود تحسن ملحوظ (ذو دلالة إحصائية) في نطق الأصوات الكلامية العربية لدى الأطفال المعاقين سمعياً إعاقة متوسطة كعينة فاحصة للبرنامج التدريبي، وأظهرت وجود فروق ذو دلالة إحصائية تعزى إلى متغير المجموعة والجنس والتفاعل بينهما، وضمن المجموعة الضابطة، كما أظهرت الإناث تحسناً مقارنة بالذكور من نفس المجموعة.

كما قام كل من ميسلمان وويلسن ولندسي (Musselman& Wilson& Lindsay) ـــ المشار اليهم في (الخطيب،2005) ـــ بدراسة استهدفت معرفة أثر كل من مستوى التعليم للوالدين على النمو اللغوي، والنمو الاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، والشديدة جداً، والعمر عند التدخل، وكثافة برنامج التدخل . حيث أخذت المعلومات من دراسة طولية لـــ (118) طفلاً معوقاً سمعياً. وقد استخدمت أدوات قياس عدة للغة التعبيرية، واللغة الاستقبالية، والنمو الاجتماعي. وقد أشارت النتائج أنه لا توجد علاقات ارتباطيه بين أثر التدخل المبكر، وكل من تدريب الوالدين، وعدد الساعات التدريبية المخصصة لبرنامج التدخل. وكذلك التدخل لم يكن مرتبطا بأي من أبعاد اللغة الأخرى، أو بالنمو الاجتماعي، ولكن بينت النتائج أن التدخل المبكر كان له أثر ذو دلالة إحصائية على مقاييس النمو اللغوي الاستقبالي في السنة الأولى مقارنة بالتدخل في السنة الثانية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

فقد أجريت بانج وريشي (Pang & Richey, 2005) في دراستهما التـي تناولـت مقارنة لبرامج التدخل المبكر لخمس دول (زمبابوي، بولندا، الصين، الهند، الولايات المتحدة) من خلال مراجعة الوثائق الرسمية لبرامج التدخل المبكر لكل دولـة ومقـابلات شخـصية لخبراء في التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة وتبين أنّ للدول جميعها سياسات تـدعم البرامج ما عدا زمبابوي كما توصلت الدراسة أنّ قلة التمويل ونقص العـاملين المـؤهلين العائق الأساسي الذي يواجه الدول في تطبيق برامج التدخل المبكر، وتوصي هذه الدراسـة بإصلاح التربية الخاصة في الطفولة المبكرة وذلك بإعـداد العـاملين المـؤهلين وتحـسين الخدمات المركزة على الأسرة.

أما دراسة الضمور(2006) فقد هدفت إلى التعرف على كفايات العاملين واحتياجاتهم في برامج التعامل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة، وقد شملت هـذه الدراسـة المـسحية (145) فرداً مثلوا العاملين من جميع التخصصات ما عدا التخصصات الطبية والإدارية فـي مراكز ومؤسسات التربية الخاصة الحكومية والخاصة في مدينة عمان، وللإجابة على أسئلة الدراسة طورت الباحثة أداة تتكون من جزأين، الجزء الأول منها يتناول الكفايات، والجـزء الثاني يتناول الاحتياجات التدريبية، وقد تم التحقيق من دلالات الصدق والثبات لأداة الدراسة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن أفراد الدراسة يمتلكون الكفايات المتضمنة بأداة الدراسة بدرجة متوسطة.
- أن جميع الكفايات المتضمنة بأداة الدراسة اعتبرت ضرورية حسب تقديرات أفـراد الدراسة لأهمية الكفايات.
- الاحتياجات التدريبية لأفراد الدراسة تراوحت ما بين احتياجات بدرجة متوسطة إلى احتياجات بدرجة كبيرة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في امتلاك أفراد الدراسة للكفايات تعزى للجس، والمؤهل العلمي، والتخصص، والخبرة، في حين وجدت فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتلقي الدورات التدريبية لصالح العاملين الذين تلقوا دورات تدريبية.
- توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في تقدير العاملين لأهمية الكفايات تعزى لمتغير التخصص ولصالح مختصي التربية الخاصة، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير العاملين لأهمية الكفايات تعزى للجنس والخبرة، والدورات التدريبية، والمؤهل العلمي.
- توصلت النتائج أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائياً في الاحتياجات التدريبية لأفراد الدراسة تعزى لمتغير الخبرة والتخصص، ولصالح العاملين ذوي الخبرة القصيرة ومختصي التربية الخاصة، في حين لم تظهر النتائج فروقاً دالة إحصائياً تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، والجنس، والدورات التدريبية.

وباستعراض الدراسات السابقة التي تم عرضها ، نجد أنها ركزت على عدد من النقاط المهمة والمؤثرة في فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعيا، لعل من أبرزها:

(1) أهمية برامج التدخل المبكر، ودروها الفاعل، في تنمية وتطوير الطفل المعاق سمعياً، لغوياً، واجتماعياً، وأكاديمياً، ونفسياً، كما في دراسة فيولا (Viola,1975) ودراسة جرنيبرج (Greenberg,1982) ودراسة ميسلمان (Musselman,1985) ودراسة بست وأخرون (Best et al, 1995) ودراسة كالديرون (Calderon, 1998) ودراسة هوتنين (Huttunen, 2001).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

(2) التأكيد على أهمية العلاقة التشاركية مع الأسرة حيث تعتبر الركيزة الأهم في برامج التدخل المبكر، إضافة الى أنماط الاتصال المستخدمة بينهـا وبـين العـاملين فـي البرامج، كما في دراسـة ميـسلمان (Musselman,1985) ودراسـة ميـسلمان (Musselman,1991) ودراسة باميلا ونانـسي (Pamela & Nancy, 1995) ودراسـة ميدو وماكترك وسبنسر وكستر (Meadow, Macturk, Spencer& Koester, 1995) ودراسـة ديبـورا (Deborah, 2002) ودراسـة كـارجن (Kargin,2004) ودراسة البطاينة (2004) ودراسـة الملكـاوي (2005) ودراسـة ميسلمان وويلسن ولندسي (Musselman& Wilson& Lindsay).

(3) أكدت الدراسات السابقة على ضرورة امتلاك المعلمين والمدربين للكفايات التعليمية على اعتبار أنها مفتاح التعامل الناجح مع الطفل المعاق، إذ لا يتصور نجاح برامج التدخل المبكر وتحقيقها لمستويات عليا من الفاعلية، دون امـتلاك العـاملين فيهـا لكفايات المهنة وأساسياتها، كما في دراسة ستينباك (Stainback, 1986) ودراسة الحديـدي (1991) ودراسـة سـتيورات (Stewrat,1991) ودراسـة سـالي (Sally,1992) ودراسة دورثي (Dorothy, 1999) ودراسة فليـب وهيلبـرت (Philippa & Helbert, 2002) ودراسة ديبورا (Deborah, 2002) ودراسـة البطاينة (2004) ودراسة الضمور (2006) ودراسة بانج وريـشي (Pang & Richey, 2005).

(4) ارتباط فاعلية برامج التدخل المبكر، بعوامل فاعلـة ومـؤثرة كتـدريب الوالـدين، واستراتيجيات التواصل، واستخدام المعينات السمعية وأثر الإعاقة على علاقـة الأم بطفلها الرضيع، وأثر الطريقة السمعية وزراعة القوقعة على الطفل المعاق سـمعياً،

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

وأثر المستوى الثقافي للوالدين على فاعلية البرامج ، كما في دراسة ميسلمان (Musselman,1991)، ودراسة باميلا ونانسي (Pamela & Nancy, 1995) ودراسة ميدو وماكترك وسبنسر وكستر (Meadow, Macturk, Spencer& Koester, 1995) ودراسة بلامي، باري، وجاك (Blamy, Barry& Jack, 2001) ودراسة أرتمر وميلون (Ertmer & Mellon, 2001) ودراسة رودس (Rhodes, 2002) ودراسة ميسلمان وويلسن ولندسي (Musselman& Wilson& Lindsay).

ومما سبق، فإنه يمكننا القول بأن الدراسة الحالية قد اتفقت مع الدراسات السابقة على أهمية دور التدخل المبكر في تنمية وتطوير الطفل المعاق سمعياً من الناحية اللغوية، والاجتماعية، والأكاديمية، والنفسية، إضافة إلى أهمية المشاركة الفاعلة للأسرة، وأهمية تدريب العاملين وتدريبهم للعمل مع المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة؛ إلا أن الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة في كونها سعت إلى معرفة وجهات نظر العاملين في فاعلية برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة عبر ثلاثة أبعاد هي بعد الخدمات الطبية، وبعد الخدمات الأسرية، وبعد الخدمات التربوية، من منطلق شمولية الخدمات المقدمة لذوي الحاجات الخاصة وتكاملها وهو ما تفردت به هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات حيث لم يسبق أن تم التطرق إلى الأبعاد الثلاثة مجتمعة في دراسة واحدة، إضافة إلى اختلاف جغرافيتها عن الدراسات السابقة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

تضمن هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها، وأداة الدراسة، وطرق التحقق من صدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة، والمعالجة الإحصائية التي استخدمها الباحث للتوصل إلى النتائج.

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في مجال التدخل المبكر للاعاقة السمعية في محافظة جدة في المملكة العربية السعودية، والبالغ عددهم (137) عاملاً وعاملة، منهم (32) عاملاً في المجال الطبي يعملون في المستشفيات الحكومية والخاصة، و(105) عاملاً في المجال التربوي يعملون في مراكز التربية الخاصة الحكومية والخاصة.

عينة الدراسة :

اختار الباحث عينة عشوائية متيسرة من مجتمع الدراسة تكونت من (86) عاملاً وعاملة، منهم (16) عاملاً في القطاع الطبي، و(70) عاملاً وعاملة في القطاع التربوي، حيث قام الباحث بزيارة المستشفيات ومراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية، والالتقاء بالعاملين فيها من ذوي العلاقة بتدريب وتأهيل وتشخيص المعاقين سمعياً المتواجدين في مكان العمل، وتوزيع استبانة الدراسة عليهم، والجدول رقم (2) يبين توزيع العينة حسب متغيرات الدراسة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (2)

توزيع العينة حسب متغيرات الدراسة

الرقم	المتغير	المستوى	العدد
1	الجنس	ذكر	34
		أنثى	52
2	المؤهل العلمي	بكالوريوس فأقل	73
		أعلى من بكالوريوس	13
3	عدد سنوات الخبرة	1-5 سنوات	45
		6-10 سنوات	16
		أكثر من 10 سنوات	25
4	مكان العمل	مستشفى حكومي	13
		مستشفى غير حكومي	3
		مركز تربية خاصة حكومي	25
		مركز تربية خاصة غير حكومي	45

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

أداة الدراسة :

لتحقيق أهداف الدراسة فقد أعد الباحث استبانة، اعتماداً على دراسة الأدبيات النظرية المتعلقة بالموضوع، وعلى رسائل الماجستير والدكتوراة في جامعة اليرموك والجامعة الأردنية وبعض الجامعات السعودية، واستطلاع آراء بعض المسؤولين والمعنيين في برامج التدخل المبكر، وكذلك الاستفادة من آراء المحكمين والمختصين التربويين. وقد اشتملت الاستبانة بصورتها الاولية على (77) فقرة موزعة على (3) أبعاد، وهي بعد الخدمات الطبية ويعبأ من قبل العاملين في المجال الطبي فقط ، وبعد الخدمات الطبية التربوية ويعبأ من قبل العاملين في المجالين الطبي والتربوي معاً ، وبعد الخدمات التربوية ويعبأ من قبل العاملين في المجال التربوي فقط ، وبعد عرضها على المحكمين تم دمج بعض الفقرات مع بعضها

البعض إضافة إلى حذف بعض الفقرات بحيث أصبح عدد فقراتها النهائي (49) فقرة، إضافة إلى تغيير إسم البعد الثاني ليصبح بعد التعديل (بعد الخدمات الأسرية) ، وأعطي لكل فقرة من فقرات الاستبانة وزناً مدرجاً وفق سلم (ليكرت) الرباعي لتقدير درجة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة (غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) وتمثل رقمياً على الترتيب (4، 3، 2، 1)، والملحق رقم (1) يوضح ذلك، كما أن الجدول رقم (3) يوضح توزيع فقرات الاستبانة على الابعاد الثلاث.

جدول رقم (3)

توزيع فقرات الاستبانة على الابعاد الثلاث

الرقم	الابعـاد	عدد الفقرات	النسبة المئوية
1	بعد الخدمات الطبية	13	%26.5
2	بعد الخدمات الاسرية	13	%26.5
3	بعد الخدمات التربوية	23	%47.0
	المجموع	49	%100

صدق الأداة :

تم التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال عرضها على لجنة من المحكمين، تألفت هذه اللجنة من (18) محكماً من المختصين وذوي الخبرة من أعضاء هيئة التدريس في جامعة اليرموك، وعدد من الجامعات الأردنية والسعودية ، وبناءً على ملاحظاتهم تم تعديل صياغة بعض الفقرات من حيث البناء واللغة، حيث تم الأخذ بملاحظتهم عندما يجمع (9) محكمين عليها، وقد أصبحت أداة الدراسة مكونة في صورتها النهائية من (49) فقرة، والملحق (2) يوضح ذلك.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ثبات الأداة :

للتحقق من ثبات الأداة، قام الباحث بحساب معاملات الثبات لهذه الاستبانة بتطبيقها على عينة استطلاعية تكونت من (18) عاملاً وعاملة في برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة، من خارج عينة الدراسة مرتين وبفارق زمني اسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، بهدف حساب معامل الارتباط بين تقديرات أفراد العينة بين نتائج التطبيقين، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.79 – 0.88) للابعاد، و(0.84) للأداة الكلية، كما تم حساب معامل الاتساق الداخلي حسب معادلة كرونباخ ألفا، حيث تراوحت قيم معاملات الاتساق الداخلي بين (0.78 – 0.86) للابعاد، و(0.82) للأداة الكلية، والجدول رقم (4) يبين ذلك.

جدول رقم (4)

قيم معاملات الثبات للمجالات بطريقة معامل ارتباط بيرسون ومعامل الاتساق الداخلي

الرقم	الابعاد	معامل ارتباط بيرسون	معامل الاتساق الداخلي
1	بعد الخدمات الطبية	0.88	0.86
2	بعد الخدمات الاسرية	0.83	0.81
3	بعد الخدمات التربوية	0.79	0.78
	الأداة الكلية	0.84	0.82

تصحيح الأداة:

تم استخدام التدريج التالي لتقدير فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين :

أقل من 1.49 تقدير درجة فاعلية أبداً.

بين 1.50 – 2.49 تقدير درجة فاعلية نادراً.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

بين 2.50 – 3.49 تقدير درجة فاعلية أحياناً.

3.50 فأكثر، تقدير درجة فاعلية غالباً.

إجراءات الدراسة :

بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة،وصياغتها بصورتها النهائية (أنظر ملحق رقم 3)، وتحديد عينة الدراسة، قام الباحث بتوزيع الاستبانات على أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم (137)، عاملاً وعاملة في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة وذلك من خلال زيارته لمؤسسات التدخل المبكر للاعاقات السمعية، ومقابلته لأفراد عينة الدراسة، وتوضيح التعليمات شفوياً إضافة للتعليمات المكتوبة على الاستبانة، وطلب إبداء رأيهم في كل فقرة من فقرات الاستبانة بغرض معرفة وتحديد فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة، وذلك بوضع إشارة (√) في المكان المناسب حسب السلّم الرباعي لكل فقرة. وتم توزيع (100) استبانة وصل الباحث منها (88) استبانة وقد تم إسقاط استباناتين حيث لاحظ الباحث أنّها لا تحمل الجدية في تعبئتها، وبقي (86) استبانة، وهي تمثل جميع أفراد عينة الدراسة.

متغيرات الدراسة :

اشتملت الدراسة المتغيرات التالية :

أولاً : المتغيرات المستقلة وهي :

الجنس: وله فئتان: (ذكر، أنثى).

المؤهل العلمي : وله مستويان: (بكالوريوس فأقل، أعلى من بكالوريوس).

عدد سنوات الخبرة: ولها ثلاثة مستويات: (1-5 سنوات، 6-10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

مكان العمل: ولها أربعة مستويات: (مستشفى حكومي، مستشفى غير حكومي، مركز تربية خاصة حكومي، مركز تربية خاصة غير حكومي).

ثانياً : المتغير التابع :

فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة، والذي يعبر عنه بالمتوسطات الحسابية لدرجة تقديرات أفراد العينة على فقرات وأبعاد الاستبانة.

المعالجة الإحصائية :

للإجابة عن أسئلة الدراسة فقد استخدم الباحث التحليلات الإحصائية التالية :

1. للإجابة عن السؤال الأول فقد تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على مجالات الدراسة.
2. للإجابة عن السؤال الثاني فقد تم استخدام اختبار (t) لاختبار الفروقات بين متوسطات العينات المستقلة.
3. للإجابة عن السؤال الثالث والرابع والخامس فقد تم استخدام إختبار تحليل التباين الأحادي واختبار شيفيه (Sheffe) للمقارنات البعدية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الرابع

النتـــــائج

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي هدفت إلى تقدير درجة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين "، وقام بعرضها وفقاً لأسئلة الدراسة.

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

"ما فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين؟".

للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة لفاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين على مجالات الدراسة والأداة الكلية، حيث كانت كما هي موضحة في الجدول رقم (5).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (5)

المتوسطات الحسابي والانحراف المعياري لأداء عينة الدراسة على الفقرة في المجال والأداة الكلية

الرتبة	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
الأولى	الخدمات التربوية	3.29	0.34	أحياناً
الثانية	الخدمات الاسرية	2.09	1.12	نادراً
الثالثة	الخدمات الطبية	2.01	0.83	نادراً
	الأداة الكلية	2.71	0.66	أحياناً

يبين الجدول رقم (5) أن البعد الثالث " مجال الخدمات التربوية " قد احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.29) وانحراف معياري (0.34)، وجاء البعد الثاني " مجال

الخدمات الاسرية " في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.09) وانحراف معياري (1.12)، أما البعد الأول" مجال الخدمات الطبية " احتل المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.01) وانحراف معياري (0.83)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لتقديرات أفراد عينة الدراسة على الأداة الكلية (2.71) بانحراف معياري (0.66) وهو يقابل التقدير بدرجة أحياناً.

وقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة على فقرات مجالات الدراسة حيث كانت على النحو التالي:

أ- البعد الأول: مجال الخدمات الطبية:

كانت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة لفاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين على فقرات هذا البعد، كما هي موضحة في جدول رقم (6).

جدول رقم (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجال الخدمات الطبية

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
1	11	تحال الحالات التي تحتاج إلى خدمات مبكرة إلى الجهة المختصة.	2.62	1.25	أحياناً
2	12	يطلع المستشفى أسر الأطفال المعاقين سمعياً على مصادر الدعم والخدمات المتوفرة لأطفالهم.	2.56	1.31	أحياناً
3	1	يقدم المستشفى خدمة الكشف المبكر للإعاقة السمعية.	2.43	1.20	نادراً
4	2	يقوم المستشفى بالفحص السمعي الشامل للمولود.	2.37	1.14	نادراً
5	10	يقوم المستشفى بتسجيل حالات الإعاقة السمعية وتوثيقها.	2.31	1.25	نادراً
6	5	يقوم المستشفى بدراسة التاريخ الطبي لأسرة المولود المعاق	2.00	1.26	نادراً

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
		سمعيا.			
7	6	يقدم المستشفى خدمة عمليات زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً.	1.87	1.20	نادراً
8	4	يتم متابعة الطفل المعاق سمعيا من قبل المختصين طبيا بشكل دوري.	1.87	1.08	نادراً
9	13	يتخذ المستشفى إجراءات نظامية ضد الآباء الرافضين انضمام أبناءهم المعاقين سمعياً لأحد برامج التدخل المبكر.	1.81	1.04	نادراً
10	9	يقدم المستشفى خدمة السماعات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً.	1.81	1.16	نادراً
11	3	يقوم بفحص سمع الطفل أخصائي القياس السمعي .	1.75	1.23	نادراً
12	8	يقدم المستشفى الخدمات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً.	1.37	0.71	أبداً
13	7	يقدم المستشفى زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً.	1.37	0.71	أبداً
		البعد ككل	2.01	0.83	نادراً

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

يبين الجدول رقم (6) أن الفقرة رقم (11) والتي نصت على" تحال الحالات التي تحتاج إلى خدمات مبكرة إلى الجهة المختصة" قد احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.62) وانحراف معياري (1.25)، وجاءت الفقرة رقم (12) والتي كان نصها " يطلع المستشفى أسر الأطفال المعاقين سمعياً على مصادر الدعم والخدمات المتوفرة لأطفالهم " بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.56) وانحراف معياري (1.31)، بينما احتلت الفقرة رقم (7) والتي نصت على " يقدم المستشفى زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً " المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (1.37) وانحراف معياري (0.71)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لتقديرات أفراد العينة على هذا البعد ككل (2.01) وانحراف معياري (0.83)، وهو يقابل التقدير الموافقة بدرجة نادراً.

ب- البعد الثاني: مجال الخدمات الأسرية:

كانت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين على فقرات هذا البعد، كما هي موضحة في جدول رقم (7).

جدول رقم (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجال الخدمات الاسرية

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
1	7	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث تحديد الوضع التربوي المناسب وما يتصل به من خدمات يفترض أن يتلقاها طفلهم.	2.31	1.34	نادراً
2	5	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث الخطة الفردية لخدمة الأسرة .	2.30	1.33	نادراً
3	6	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث أفضل الطرق لتوصيل الخدمة.	2.26	1.31	نادراً
4	3	تقدم البرامج الدعم المعلوماتي لأسر الأطفال المعاقين سمعياً لتطوير تفهمهم لحاجات الطفل النمائية الفسيولوجية والسيكولوجية.	2.20	1.30	نادراً
5	8	تقدم البرامج خططاً فردية متخصصة لخدمة الأسر الفاعلة مشتملة على المتطلبات التدريبية للأسرة.	2.16	1.24	نادراً
6	9	تراعي البرامج رغبات وأولويات الأسر الفاعلة من خلال خطط فردية متخصصة .	2.09	1.20	نادراً
7	4	تقوم البرامج بعمل مسوحات للحصول على وجهات نظر	2.09	1.25	نادراً

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
		عائلات الأطفال المعاقين سمعياً حول مدى فائدة برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم.			
8	11	توفر البرامج (التدريب المستمر) للعاملين في برامج التدخل المبكر.	2.03	1.24	نادراً
9	12	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل مجموعات دعم الآباء والأمهات.	2.01	1.20	نادراً
10	13	تتواصل برامج التدخل المبكر مع عائلات الأطفال المعاقين سمعيا بأساليب متنوعة منها الرسائل الإخبارية لموافاتهم بالجديد حول إعاقة ابنهم.	2.01	1.16	نادراً
11	2	تقدم البرامج تقارير يومية لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.	1.96	1.14	نادراً
12	10	تخطط برامج التدخل المبكر لبرامج وقاية من الإعاقة ، مقدمة للأسرة،مثل الإرشاد الجيني، وإجراءات منع تفاقم الضعف والعجز إلى إعاقة.	1.90	1.08	نادراً
13	1	تقدم البرامج خدمة التدخل المبكر المنزلي للأطفال المعاقين سمعياً.	1.88	1.17	نادراً
		الأداة ككل	2.09	1.12	نادراً

© Arabic Digital Library Yarmouk University

يبين الجدول رقم (7) أن الفقرة رقم (7) والتي نصت على" تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث تحديد الوضع التربوي المناسب وما يتصل به من خدمات يفترض أن يتلقاها طفلهم" قد احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.31) وانحراف معياري (1.34)، وجاءت الفقرة رقم (5) والتي كان نصها " تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث الخطة الفردية لخدمة الأسرة " بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (2.30) وانحراف معياري (1.33)، بينما احتلت الفقرة رقم (1) والتي نصت على " تقدم البرامج خدمة التدخل

المبكر المنزلي للأطفال المعاقين سمعياً " المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (1.88) وانحراف معياري (1.17)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لتقديرات أفراد العينة على هذا البعد ككل (2.09) وانحراف معياري (1.12)، وهو يقابل التقدير الموافقة بدرجة نادراً.

ج- البعد الثالث: مجال الخدمات التربوية:

كانت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد عينة الدراسة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين على فقرات هذا البعد، كما هي موضحة في جدول رقم (8).

جدول رقم (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجال الخدمات التربوية

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
1	23	تقوم برامج التدخل المبكر بتعديل التدريبات العملية المتضمنة في البرامج لتتناسب مع قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتناسب تطوره اللغوي والمعرفي.	3.78	0.53	غالباً
2	4	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر أخصائيو نطق.	3.72	0.56	غالباً
3	8	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج السمعية والنطقية والشفهية أثناء التدريب.	3.68	0.64	غالباً
4	14	توظف التدريبات العملية في البرامج لتناسب قدرات الطفل السمعية والمعرفية واللغوية.	3.62	0.72	غالباً
5	15	تطور برامج التدخل المبكر الأنشطة وتزيد من مستوى تقدم المهارة حتى تعزز من مهارات الطفل المعاق سمعياً.	3.60	0.78	غالباً
6	2	يقدم المركز الدعم الإرشادي والتوجيه لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.	3.51	0.77	غالباً

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
7	16	تحدد برامج التدخل المبكر طريقة الاستجابة التي تود أن يظهرها الطفل المعاق سمعياً أثناء التدريب.	3.50	0.73	غالباً
8	7	تستخدم برامج التدخل المبكر الأجهزة السمعية والتقنية أثناء التدريب.	3.48	0.73	أحياناً
9	13	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية المقننة والرسمية لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.	3.47	0.86	غالباً
10	1	يقدم المركز برامج تدخل مبكر تربوية للمعاقين سمعياً.	3.47	0.84	أحياناً
11	3	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر مدرسون خاصون(مدرسو التربية الخاصة).	3.47	0.89	أحياناً
12	17	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من إعداد المواقف التعليمية بحيث يتمكن الطفل المعاق سمعياً من رؤية ولمس الوسائل المستخدمة في التعليم والاستماع إليها.	3.42	0.84	أحياناً
13	21	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة السمعية كإستراتيجية للاتصال والتواصل.	3.40	0.84	أحياناً
14	19	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الأطفال المعاقين سمعياً في التدريبات الجماعية داخل البرامج يجلسون طبقا لدرجة كفاءتهم السمعية.	3.32	0.86	أحياناً
15	20	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة الكلية كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل.	3.28	0.88	أحياناً
16	9	تستخدم برامج التدخل المبكر برامج التواصل المتكامل في تدريب المعاقين سمعياً.	3.18	1.03	أحياناً
17	18	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الوسائل المستخدمة في التدريبات العملية داخل البرامج لا تثير خبرات الطفل الماضية عن مصادر الإزعاج ليستمر انتباهه.	3.12	0.91	أحياناً
18	11	تستخدم برامج التدخل المبكر أثناء تدريب المعاقين سمعياً البرامج الاجتماعية التي تعتمد على تعليم الطفل استراتيجيات تفكير بديلة كالمهارات التواصلية مثلا .	3.12	0.93	أحياناً
19	22	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة اليدوية / لغة	2.82	0.99	أحياناً

© Arabic Digital Library Yarmouk University

الرتبة	الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الفاعلية
		الإشارة كإستراتيجية للاتصال والتواصل.			
20	6	تعمل برامج التدخل المبكر على إشراك آباء الأطفال المعاقين سمعياً كمستشارين أو مدربين عند الحاجة .	2.75	1.04	أحياناً
21	10	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج الثنائية (يقصد بها تعليم الطفل لغتين في وقت واحد هما لغة الاشارة واللغة العادية) في تدريب المعاقين سمعياً.	2.74	1.11	أحياناً
22	12	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية غير المقننة (غير الرسمية) لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.	2.65	1.07	أحياناً
23	5	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر معاقون سمعياً أو يعانون من فقدان سمعي.	2.52	1.18	أحياناً
		الأداة ككل	3.29	0.34	أحياناً

يبين الجدول رقم (8) أن الفقرة رقم (23) والتي نصت على" تقوم برامج التدخل المبكر بتعديل التدريبات العملية المتضمنة في البرامج لتتناسب مع قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتناسب تطوره اللغوي والمعرفي" قد جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.78) وانحراف معياري (0.53)، وجاءت الفقرة رقم (4) والتي كان نصها " يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر أخصائيو نطق" بالمرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.72) وانحراف معياري (0.56)، بينما احتلت الفقرة رقم (5) والتي نصت على " يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر معاقون سمعياً أو يعانون من فقدان سمعي" المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.52) وانحراف معياري (1.18)، وقد بلغ المتوسط الحسابي لتقديرات أفراد العينة على هذا البعد ككل (3.29) وانحراف معياري (0.34)، وهو يقابل التقدير الموافقة بدرجة أحياناً.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

" هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الجنس؟".

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لتقديرات أفراد العينة حسب متغير الجنس على مجالات الدراسة والأداة الكلية، حيث كانت كما هي موضحة في الجدول رقم (9).

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) بين تقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير الجنس

البعد	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة الإحصائية
الخدمات الطبية	ذكر	2.46	1.30	2	14	0.797	0.439
	أنثى	1.95	0.80	14			
الخدمات الاسرية	ذكر	2.61	0.96	34	84	3.722	*0.000
	أنثى	1.75	1.09	52			
الخدمات التربوية	ذكر	3.36	0.25	32	68	1.596	0.115
	أنثى	3.23	0.39	38			
الأداة الكلية	ذكر	3.06	0.43	34	84	4.444	*0.000
	أنثى	2.48	0.68	52			

يبين الجدول رقم (9) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\propto = 0.05$) عند بعد الخدمات الطبية، وبعد الخدمات التربوية، بينما كانت هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\propto = 0.05$) عند بعد الخدمات الاسرية، والأداة الكلية تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت الفروق لصالح تقديرات الذكور.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

"هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي؟".

للاجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) لتقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية، حسب متغير المؤهل العلمي، حيث كانت كما هي موضحة في الجدول رقم (10).

جدول رقم (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) بين تقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير المؤهل العلمي

البعد	المؤهل العلمي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة الإحصائية
الخدمات الطبية	بكالوريوس فأقل	1.72	0.61	12	14	2.953	*0.010
	أعلى من بكالوريوس	2.88	0.90	4			
الخدمات الاسرية	بكالوريوس فأقل	2.05	1.12	73	84	0.895	0.373
	أعلى من بكالوريوس	2.36	1.17	13			
الخدمات التربوية	بكالوريوس فأقل	3.30	0.36	61	68	0.658	0.513
	أعلى من بكالوريوس	3.22	0.25	9			
الأداة الكلية	بكالوريوس فأقل	2.69	0.69	73	84	0.637	0.526
	أعلى من بكالوريوس	2.82	0.61	13			

يبين الجدول رقم (10) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الاحصائية ($\propto = 0.05$) عند بعد الخدمات الاسرية، وبعد الخدمات التربوية، والأداة الكلية، بينما كانت هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\propto = 0.05$) عند بعد الخدمات الطبية، تعزى لمتغير المؤهل العلمي، حيث كانت الفروق لصالح تقديرات أعلى من بكالوريوس.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

" هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الخبرة؟".

للاجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير الخبرة ، حيث كانت كما هي موضحة في الجدول رقم (11).

جدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير الخبرة

البعد	الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الخدمات الطبية	1-5 سنوات	6	1.60	0.74
	6-10 سنوات	3	2.15	1.00
	أكثر من 10 سنوات	7	2.31	0.82
الخدمات الاسرية	1-5 سنوات	45	1.94	1.19
	6-10 سنوات	16	2.57	1.07
	أكثر من 10 سنوات	25	2.08	0.99
الخدمات التربوية	1-5 سنوات	39	3.27	0.37
	6-10 سنوات	13	3.21	0.31
	أكثر من 10 سنوات	18	3.40	0.29
الأداة الكلية	1-5 سنوات	45	2.65	0.69
	6-10 سنوات	16	2.86	0.67
	أكثر من 10 سنوات	25	2.72	0.60

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

يبين الجدول رقم (11) أن هناك فروقاً ظاهرية بين متوسطات تقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية، ولتحديد مستويات الدلالة الإحصائية لتلك الفروق، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، كما هو موضح في الجدول رقم (12).

جدول رقم (12)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير الخبرة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
الخدمات الطبية	بين المجموعات	1.678	2	0.839	1.233	0.323
	داخل المجموعات	8.845	13	0.680		
	الكلي	10.523	15			
الخدمات الاسرية	بين المجموعات	4.653	2	2.327	1.878	0.159
	داخل المجموعات	102.819	83	1.239		
	الكلي	107.472	85			
الخدمات التربوية	بين المجموعات	.301	2	.150	1.271	0.287
	داخل المجموعات	7.925	67	.118		
	الكلي	8.226	69			
الأداة الكلية	بين المجموعات	.530	2	.265	0.606	0.548
	داخل المجموعات	36.324	83	.438		
	الكلي	36.854	85			

يبين الجدول رقم (12) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\propto = 0.05$) عند جميع مجالات الدراسة والأداة الكلية تعزى لمتغير الخبرة.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

" هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير مكان العمل؟"

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

للاجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة حسب متغير مكان العمل على مجالات الدراسة والأداة الكلية، حيث كانت كما هي موضحة في الجدول رقم (13).

جدول رقم (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير مكان العمل

البعد	مكان العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الخدمات الطبية	مستشفى حكومي	13	1.73	0.64
	مستشفى خاص	3	3.23	0.20
الخدمات الاسرية	مستشفى حكومي	13	1.69	0.79
	مستشفى خاص	3	3.17	0.73
	مركز تربية خاصة(حكومي)	25	1.75	0.83
	مركز تربية خاصة (خاص)	45	2.79	1.15
الخدمات التربوية	مركز تربية خاصة(حكومي)	25	3.35	0.24
	مركز تربية خاصة (غير حكومي)	45	3.25	0.38
الأداة الكلية	مستشفى حكومي	13	1.72	0.56
	مستشفى خاص	3	3.20	0.45
	مركز تربية خاصة(حكومي)	25	3.15	0.36
	مركز تربية خاصة(غير حكومي)	45	2.71	0.50

يبين الجدول رقم (13) أن هناك فروقاً ظاهرية بين متوسطات تقديرات أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية، ولتحديد مستويات الدلالة الإحصائية لتلك الفروق، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي، كما هو موضح في الجدول رقم (14).

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (14)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لأداء أفراد العينة على مجالات الدراسة والأداة الكلية حسب متغير مكان العمل

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
الخدمات الطبية	بين المجموعات	5.463	1	5.463	15.113	*0.002
	داخل المجموعات	5.061	14	0.361		
	الكلي	10.523	15			
الخدمات الاسرية	بين المجموعات	22.862	3	7.621	7.385	*0.000
	داخل المجموعات	84.611	82	1.032		
	الكلي	107.472	85			
الخدمات التربوية	بين المجموعات	0.165	1	0.165	1.390	0.243
	داخل المجموعات	8.061	68	0.119		
	الكلي	8.226	69			
الأداة الكلية	بين المجموعات	18.477	3	6.159	27.483	*0.000
	داخل المجموعات	18.377	82	0.224		
	الكلي	36.854	85			

يبين الجدول رقم (14) أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05 = ∝) عند بعد الخدمات الطبية وذلك لصالح المستشفيات الخاصة، كما كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (∝ = 0.05) عند بعد الخدمات الأسرية والأداة الكلية تعزى لمتغير مكان العمل، ولتحديد مصادر تلك الفروق تم استخدام اختبار شيفيه (Scheffe) كما هو موضح في جدول رقم (15) .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

جدول رقم (15)

نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للفروق بين تقديرات أفراد العينة على بعد الخدمات الطبية وبعد الخدمات الاسرية والأداة الكلية حسب متغير مكان العمل

البعـد	مكان العمل		مستشفى حكومي	مستشفى خاص	مركز (حكومي)	مركز (خاص)
		المتوسط الحسابي	1.69	3.17	1.75	2.79
بعد الخدمات الاسرية	مستشفى حكومي	1.69		*1.48	0.06	*1.10
	مستشفى خاص	3.17			*1.42	0.38
	مركز (حكومي)	1.75				*1.04
	مركز (خاص)	2.79				
البعد	مكان العمل		مستشفى حكومي	مستشفى خاص	مركز (حكومي)	مركز (خاص)
		المتوسط الحسابي	1.72	3.20	3.15	2.71
الأداة الكلية	مستشفى حكومي	1.72		*1.48	*1.43	*0.99
	مستشفى خاص	3.20			0.05	0.49
	مركز (حكومي)	3.15				0.44
	مركز (خاص)	2.71				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (∝ = 0.05)

يبين الجدول رقم (15):

1. أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات العاملين في (المستشفيات الحكومية) من جهة ومتوسط تقديرات العاملين في (المستشفيات غير الحكومية) من جهة ثانية، وذلك لصالح تقديرات العاملين في (المستشفيات غير الحكومية)، عند بعد الخدمات الطبية.

2. ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات العاملين في (المستشفيات الحكومية) من جهة ومتوسط تقديرات العاملين (المستشفيات غير حكومية، ومراكز

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

التربية الخاصة غير الحكومية) من جهة ثانية، وذلك لصالح تقديرات العاملين فـي (المستشفيات الغير حكومية، ومراكز التربية الخاصة غير الحكومية)، وهناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات العاملين في (المراكز الحكومية) من جهـة ومتوسط تقديرات العاملين (المستشفيات غير حكومية، ومراكز التربية الخاصة غير الحكومية) من جهة ثانية، وذلك لصالح تقديرات العاملين (المستشفيات الغير حكومية، ومراكز التربية الخاصة غير الحكومية)،عند بعد الخدمات الاسرية.

3. ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تقديرات العاملين في (المستشفيات الحكومية) من جهة ومتوسط تقديرات العاملين (المستشفيات الخاصة، ومراكز التربية الخاصة (حكومية)، ومراكز التربية الخاصة غير الحكومية) من جهة ثانية، وذلـك لصالح تقديرات العاملين (المستشفيات الخاصة، ومراكز التربية الخاصة (حكومية)، ومراكز التربية الخاصة غير الحكومية) على الأداة ككل.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة واليت هدفت إلى التعرف على مستوى فاعلية برامج التدخل للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة في المملكة العربية السعودية، وعلاقة ذلك بمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، وبعدد سنوات الخبرة، ومكان العمل.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين؟

أظهرت نتائج الدراسة بأن الدرجة الكلية لفاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً هي أحياناً، حيث حصلت على متوسط حسابي بلغ مقداره (2.71) وقد جاء بُعد الخدمات التربوية في المرتبة الأولى، تلاه بُعد الخدمات الأسرية، وأخيرا جاء بعد الخدمات الطبية في المرتبة الثالثة.

ويرى الباحث أن هذا يعود إلى أن برامج التدخل المبكر تحتاج إلى مزيد من الجهود على مستوى جميع الجوانب الطبية والأسرية والتربوية، وهذا يتطلب وضع برامج ضمن خطط مناسبة وفاعلة، إلا أن قلة الدعم المالي، وعدم توفر المختصين في بعض المجالات، إضافة إلى كثرة الأعمال المطلوب انجازها ومتابعتها في الأعمال الطبية المتعلقة بالمعاقين سمعياً، يضاف له التنسيق مع أسر الأطفال المعاقين سمعياً، وتوفير الخدمات التربوية من

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

خلال توفير أخصائيين في النطق، وأخصائيين في التدريب، والوسائل التعليمية المناسبة، وتوفير واستخدام الاستراتيجيات السمعية، كلها تشكل صعوبات تقف أمام فاعلية برامج التدخل المبكر، إضافة إلى أن برامج التدخل المبكر تكون في مواقع متعددة ومتنوعة حكومية وغير حكومية، ومؤسسة تربوية وغير تربوية، دون وجود مظلة رسمية متخصصة ، تحوي هذه المواقع وتشملها بالمتابعة والتنسيق والتطوير، وهذا مما يقلل من فاعلية برامج التدخل، فقد لا يكون بين هذه المراكز التنسيق المطلوب للاستفادة من التجارب المتنوعة. وقد يعود ذلك إلى عدم وضوح الأهداف لدى القائمين على مراكز التدخل المبكر مما يشكل عائقاً أمام تحقيقها، إضافة إلى قلة وعي أولياء الأمور بأهمية برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقات السمعية.

وحول النتائج المتعلقة بكل بعد من أبعاد الدراسة فقد أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة ببعد الخدمات الطبية أن الفقرة (11) والتي نصت على: "تحال الحالات التي تحتاج إلى خدمات مبكرة إلى الجهة المختصة" ، والفقرة (12) والتي نصت على: " يطلع المستشفى أسر الأطفال المعاقين سمعياً على مصادر الدعم والخدمات المتوفرة لأطفالهم"، قد حصلتا على أعلى متوسطين حسابين بلغ مقدارهما (2.62، 2.56) على التوالي، وضمن درجة فاعلية أحياناً.

ويرى الباحث بأن هذه النتيجة منطقية ومبررة من جهة أن مضامين هاتين الفقرتين تركزان على الخدمات الطبية، فلا يتصور أن يقدم المركز خدمات للمعاقين سمعياً قبل أن تعرض الحالات التي تحتاج إلى خدمات مبكرة على المختصين، إضافة إلى إطلاع أولياء أمور الأطفال المعاقين سمعياً على ما يقدم لأبنائهم من خدمات وبرامج، وهذا من البديهيات التي على المسئولين في المراكز أن يقوموا بها.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

في حين أن الفقرات (1 ، 2، 10، 5، 6، 4، 13، 9، 3،) حصلت على متوسطات حسابية تراوحت ما بين (2.43–1.75) على التوالي وضمن درجة فاعلية نادراً.

ويعتقد الباحث أن ذلك راجع إلى أن هذه الخدمات تحتاج بشكل كبير إلى أخصائيين في السمع، والنطق، وفي زراعة القوقعة، إضافة إلى أخصائيين في تشخيص الحالات، وهذا كله يحتاج إلى نفقات مالية كبيرة، قد يحول عدم توفرها إلى عدم فاعلية مؤسسات الخدمات الطبية، وهذا ينعكس على مستوى الأداء، ولهذا فقد عبر أفراد الدراسة عن الواقع في تلك المؤسسات، ولا شك أن أعداد المعاقين سمعياً الكبيرة تحتاج إلى تضافر جهود الكثير وعلى مستوى المملكة، والتي تتطلب وضع استراتيجيات وقوانين تسهم في توفير كافة الاحتياجات اللازمة لزيادة فاعلية أداء هذه المراكز، ذلك أن خدمات الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية، ومتابعة ذوي الإعاقات السمعية، وخدمات زراعة القوقعة وغيرها هي بحاجة فعلياً إلى جهود كبيرة نظراً للفئة المستهدفة وهم المعاقون سمعياً، وهذا يتفق ما نتائج دراسة بانج وريشي (Pang & Richey, 2005) التي أشارت إلى أن قلة التمويل ونقص العاملين المؤهلين هو العائق الأساسي أمام تطبيق برامج التدخل المبكر.

في حين أن الفقرة (7) والتي نصت على: "يقدم المستشفى زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً" والفقرة (8) والتي نصت على :" يقدم المستشفى الخدمات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً" ، قد حصلتا على أدنى متوسطين حسابين بلغ مقدارهما (1.37 –1.37) لكل منها، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن تقديم خدمات طبية كبيرة للمعاقين سمعياً ــ كزراعة القوقعة مثلا ــ تحتاج إلى نفقات كبيرة جدا لا يستطيعها المعاق سمعياً أو ذويه، وهذا يتطلب مزيداً من الجهود لتقديمها بصورة شبه مجانية، بمشاركة أولياء الأمور، القطاع غير الحكومي من الشركات والمؤسسات وحتى المستشفيات، اضافة إلى

العاملين في المجال الخيري، ومجال الاعاقات، وذلك لأجل بناء مجمع خالٍ من الإعاقات السمعية، وهذا جزء من الاستثمار في أفضل مورد في الدولة، وهو رأس المال البشري.

وفيما يتعلق بفقرات بعد الخدمات الأسرية فقد أشارت نتائج الدراسة بأن جميع الفقرات حصلت على درجة تقدير واحدة وهي درجة فاعلية نادراً، وأن الفقرات (7، 5، 6، 3) حصلت على أعلى المتوسطات الحسابية والتي تراوحت ما بين (2.31 -2.20) على التوالي، وضمن درجة فاعلية نادراً.

ويرى الباحث بأن مضامين هذه الفقرات تشير إلى الإجراءات المناسبة والملائمة للتعاون مع الأسرة من حيث تقديم الخدمات الأسرية للأطفال المعاقين سمعياً، واتخاذ القرارات حول الخطط الفردية لخدمة الأسرة، وأفضل الخدمات الممكنة التي يمكن تقديمها، والتعرف على الحاجات النمائية والفسيولوجية للأطفال، وهي في الأساس الأرضية الأساسية للخدمات الأسرية التي يمكن تقديمها للأطفال المعاقين سمعياً، وهذا يتفق مع نتائج دراسة كارجن (Kargin) والتي أشارت إلى أهمية التدخل المبكر للأطفال المعاقين سمعياً من قبل الأسرة، ودراسة باميلا ونانسي (Pamela & Nancy, 1995) التي أشارت إلى اهمية التعاون مع الاسرة لانجاح برامج التدخل المبكر، ودراسة جرنيبرج (Greenberg,1982) التي اثبتت فاعلية برنامج الإرشاد والتدخل المبكر في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلهما المعاق سمعيا لخفظ الضغوط عليها، وكذلك اتفقت مع نتائج دراسة ميدو وماكترك وسبنسر وكستر(Meadow, Macturk, Spencer& Koester, 1995). ودراسة الملكاوي (2005)، بينما اختلفت مع دراسة ميسلمان وويلسن ولندسي (Musselman& Wilson& Lindsay) ـ المشار اليهم في (الخطيب،2005) ـ والتي رأت عدم ارتباط أثر التدخل المبكر بتدريب الوالدين وتقديم الخدمات الأسرية لهما.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

في حين أن الفقرات (2، 10، 1) حصلت على أدنى المتوسطات الحسابية والتي تراوحت ما بين (1.96-1.88) وضمن درجة فاعلية نادراً، ويرى الباحث أن أفراد الدراسة يقدرون الخدمات الأسرية للأطفال ذوي الإعاقات السمعية، والتي تقدمها المؤسسات سواء أكانت حكومية أم غير حكومية، وسواء أكانت تربوية أم طبية، وعلى الرغم من ذلك إلا أن هذه المؤسسات لا تعطي الأهمية الكبيرة للخدمات المرغوبة والتي ينبغي أن يركزون عليها مثل تقديم التقارير المستمرة يومياً لأسر الأطفال المعاقين سمعياً، إضافة إلى برامج الوقاية من الإعاقة، وإجراءات منع تفاقم الإعاقة لدى الطفل المعاق سمعياً، ويمكن الإشارة إلى أن هذه الخدمات هي متعلقة بجوانب التوعية الأسرية، وطرق الوقائية من الإعاقات السمعية، وهي أساسية قبل تقديم باقي الخدمات الأسرية، فالأولى الوقاية قبل العلاج، وهذه الاستجابات لأفراد الدراسة تأتي انطلاقاً من القول الشهير (درهم وقاية خير من قنطار علاج).

وأما ما يتعلق بفقرات مجال الخدمات التربوية، فقد أظهرت نتائج الدراسة بأن الفقرات (23، 4، 8، 14، 15، 2، 16) حصلت على أعلى المتوسطات الحسابية والتي تراوحت ما بين (3.78-3.50) وعلى التوالي وضمن درجة فاعلية دائماً، ويعتبر الباحث بأن مضامين هذه الفقرات هي بمثابة الخطوط الرئيسة والأساسية لنجاح الخدمات التي تقدمها برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات السمعية، وأن درجة الفاعلية لأي برنامج تدخلي تنطلق من مراعاة قدرات وإمكانات الأطفال ذوي الإعاقات السمعية، من حيث القدرات اللغوية، وجوانب الانتباه والتركيز، وإذا كان الأمر كذلك فإن وجود أخصائيين في النطق والسمع هو ضرورة تربوية لأي مركز من المراكز، لأن ذلك يسهم في استخدام المركز للبرامج السمعية والنطقية والشفهية أثناء عملية تدريب الأطفال ذوي الإعاقات السمعية، وكل ذلك يتطلب من الأخصائيين والمسئولين أن يحددوا مستوى ونوعية الاستجابة من الأطفال

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المعاقين سمعياً، لأن تحديد معيار الأداء هو أساس العمل وهو أساس لتقدير درجة فاعلية الأداء، ويرى الباحث أيضاً بأن أفراد الدراسة يدركون حقاً هذه الأساسيات لعمل المراكز، وهي أمور وخدمات أساسية لفاعلية برامج التدخل المبكر المتعلقة بالخدمات التربوية، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات التي تناولها الباحث.

في حين أن الفقرات (7، 13، 1، 3، 17، 21، 19، 20، 9، 18، 11، 22، 6، 10، 12، 15) حصلت على متوسطات حسابية تراوحت بين (3.48- 2.52) وعلى التوالي، وضمن درجة فاعلية أحياناً، كما أن الفقرات (6، 10، 12، 5)، حصلت على المتوسطات الحسابية والتي تراوحت بين (2.75- 2.52) وضمن درجة فاعلية أحياناً.

وهذه النتيجة تعكس الواقع من وجهة نظر الباحث، إذ لا يعقل أن يتولى التدريب في برامج التدخل المبكر لأطفال ما قبل المدرسة معاقون سمعيون مثلهم، فالطفل في هذه المرحلة وهي مرحلة البناء اللغوي له؛ يكون بحاجة إلى إثراء لغته بالكلمات والعبارات، وهذا ما يتطلب نطقا سليما لها، ليكون تخزينها لديه واستخدامها فيما بعد سليما ايضاً. ويبقى أن نشير إلى أن الذين يعانون من إعاقات سمعية هم بحاجة إلى خدمات تربوية، وصحيحة، وأسرية، وغير ذلك من الخدمات، فكيف من هو بحاجة إلى هذه الخدمات أن يقدمها لغيره من أصحاب الفئة نفسها؟! وهذا هو الواقع الفعلي لبرامج التدخل، فالقائمون على هذه البرامج من أصحاب الاختصاص وليس من ذوي الإعاقات السمعية، وإذا كان الأمر كذلك فلا يعقل أن يستخدم المدربون والمختصون الاختبارات غير المقننة كوسائل لتقييم الأطفال من ذوي الإعاقات السمعية، حيث إنهم لم يسجلوا أصلا في البرنامج إلا لثبوت إعاقتهم السمعية طبياً.

ولأن هذه الفئة من أصحاب الإعاقات تحتاج إلى الخدمات التربوية، والأسرية، والطبية المتنوعة، والتي تتطلب توفر أهل الخبرة، والاختصاص لأجل تحقيق أهدافها، فليس

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

من المعقول أن يشارك أولياء الأمور في عملية تدريب الطلبة المعاقين سمعياً، وإذا كان الأمر كذلك فلا شك بان هذه البرامج لن تكون فاعلة، أو محققة لأهدافها، بل ستكون جهوداً مبعثرة ومضيعة للوقت والجهد والمال، ويستعاض عن ذلك بمشاركة أولياء الأمور في تقديم الخدمات للبرنامج وليس في تدريب طلبة البرنامج.

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الجنس.

أشارت نتائج الدراسة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05)على مجالات أداة الدراسة حسب متغير الجنس، باستثناء مجال الخدمات الأسرية، ولصالح الذكور مقابل الإناث.

وقد يعزى ذلك وجود ذكور مؤهلين أكاديميا بسبب وجود جامعات وكليات تخرج معلمين مؤهلين في مجال التربية الخاصة، على عكس الإناث اللاتي لا يوجد لهن أقسام تربية خاصة في الجامعات السعودية حتى الآن، وهو ما أدى إلى اطلاع الذكور أكثر من الإناث على الخدمات التي يمكن تقديمها إلى الأطفال ذوي الإعاقات السمعية، وقد يعزى إلى أن الذكور يأملون في أن تكون الخدمات الأسرية على مستوى أعلى مما هي عليه، وهو ما يدعوهم إلى مضاعفة الجهود في هذا المجال، كما قد يعزى ذلك إلى أن آباء الاطفال المعاقين سمعياً أكثر تواصلا مع المدربين من أمهاتهم .

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي؟

أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد الدراسة حسب متغير المؤهل العلمي على بعدي الخدمات الأسرية والتربوية. وهذه النتيجة منطقية إذا لا يتصور أن تختلف أراء أفراد الدراسة حسب الخدمات التربوية أو الأسرية التي يمكن تقديمها لذوي الإعاقات السمعية، وهي تتفق مع نتيجة دراسة الضمور(2006)، ودراسة الحديدي(1991).

في حين وجدت فروق ذات دلالة إحصائية حسب متغير المؤهل العلمي على بعد الخدمات الطبية، ولصالح المؤهل أعلى من بكالوريوس مقابل المؤهل بكالوريوس فأقل. ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن ذوي المؤهل أعلى من بكالوريوس هم الأقدر على تقدير درجة الفاعلية للخدمات الصحية والمقدمة للأطفال المعاقين سمعياً، وذلك بحكم اطلاعهم الواسع على الخدمات الطبية الممكن تقديمها للأطفال المعاقين سمعياً في المؤسسات التي يعملون فيها، وقد يعود أيضاً إلى معرفتهم بأحدث البرامج الصحية التي تقدم في العديد من الدول المتقدمة، فتكون لهم المقدرة على المقارنة بين هذه البرامج، مما يجعلهم يعتبرون الخدمات الصحية المقدمة ليست بالمستوى المطلوب، ولم يعثر الباحث على أية دراسة تتناول هذا المتغير.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

هل هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير الخبرة؟

أشارت نتائج الدراسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية الخدمات الطبية، والخدمات الأسرية، والخدمات التربوية المقدمة لذوي الإعاقات السمعية في المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في محافظة جدة، وذلك حسب متغير الخبرة، وهو ما اتفق مع دراسة الحديدي (1991) والضمور(2006).

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى حداثة برامج التدخل المبكر بمحافظة جدة، إضافة إلى حداثة أقسام التربية الخاصة في الجامعات السعودية ، وهو ما جعل غالب أفراد الدراسة يقعون ضمن فئة 1-5 سنوات، وهذا كان له الدور الأكبر في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الخبرة.

خامساً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس:

هل هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لتقديرات أفراد العينة حول فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعياً في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين تعزى إلى متغير مكان العمل؟

أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بالسؤال الخامس وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) في استجابات أفراد الدراسة حول درجة فاعلية الخدمات الطبية والأسرية تعزى إلى متغير مكان العمل حيث وجدت فروق دالة إحصائياً على بعد الخدمات

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الطبية من وجهة نظر العاملين في المستشفيات غير الحكومية مقابل العاملين في المستشفيات الحكومية.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن القطاع غير الحكومي في الأساس يركـز علـى الجانب الربحي المادي مما ينعكس بشكل أساسي على الخدمات التـي تقـدم للأطفـال ذوي الإعاقات السمعية وخاصة الجوانب الصحية، فجوانب التعقيد والروتين وعدم فاعلية التخطيط المتبعة عادة في المستشفيات الحكومية تكاد تكون معدومة في المستشفيات غير الحكومية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مـستوى الدلالـة (α=0.05) بين تقديرات العاملين في المستشفيات غير الحكومية ومراكز التربيـة الخاصـة غير الحكومية من جهة والعاملين في المستشفيات الحكومية من جهة أخـرى، علـى بعـد الخدمات الأسرية، لصالح العاملين في المستشفيات ومراكز التربية الخاصة غير الحكوميـة، ويرى الباحث بأن هذه النتيجة تعزز النتيجة السابقة والتي أكدت على أن القطاع الخاص أكثر فاعلية في تقديم الخدمات من القطاع الحكومي لأن القطاع الخاص يبتعـد عـن الـروتين، والتعقيد في الإجراءات، إضافة إلى تركيزه على تقديم أجود الخدمات لأصـحاب الإعاقـات السمعية، انطلاقاً من أن القطاع الخاص يركز على الجانب الاستثماري.

© Arabic Digital Library- Yarmouk University

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة فإن الباحث يقدم عدداً من التوصيات من أبرزها:

- فتح أقسام تربية خاصة للإناث في الجامعات، لتطويرهن أكاديميا، وتأهيلهن مهنيـاً، ليصبحن فاعلات في تقديم الخدمة لمحتاجيها من ذوي الحاجات الخاصة.
- وجود جهة إشرافية على برامج التدخل المبكر، تسهم في التقييم والمتابعة والتطوير، تعمل على إصدار دليل واضح ومفصل لمقومي ومقدمي البرامج، للعمل في ضوءه، لضمان الجدية والفاعلية.
- ضرورة التركيز على البرامج الاجتماعية التي تركز على مهارات التواصـل مـع الآخرين، وذلك أثناء تدريب المعاقين سمعياً.
- إجراء المزيد من الدراسات حول برامج التدخل المبكر التي تقدم لجميع فئـات ذوي الحاجات الخاصة.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

قائمة المراجع

المراجع العربية :

- أورلوف، فردي.(2000). **تربية الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة والاتجاه الشمولي الاختصاصات**(عبد العزيز السرطاوي، مترجم). الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- بيكمان، بايولاج.(2001). **استراتيجيات العمل مع ذوي الحاجات الخاصة** (عبد العزيز السرطاوي و وائل أبو جودة ،مترجم).دبي: دار القلم.
- البيلاوي، ايهاب. (2003). **اضطرابات النطق دليل أخصائيين التخاطب والمعلمين والوالدين**، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- البطاينة، أسامة. (2004). "أنماط الاتصال المستخدمة بين أسر ذوي الحاجات الخاصة ومعلميهم لدى مؤسسات التربية الخاصة بمدينة اربد في الأردن"، دراسة ميدانية. مجلة العلوم التربوية، المجلد 31، العدد 1، 14-24.
- التركي، يوسف بن سلطان. (2004). **المجموعة الاستشارية التخصصية للعوق السمعي بالأمانة العامة للتربية الخاصة**، المملكة العربية السعودية: الرياض.
- التركي، يوسف بن سلطان. (2005). **تربية وتعليم التلاميذ الصم وضعاف السمع**. الرياض: (دار النشر غير معروفة).
- الحديدي، منى.(1991)."لكفايات التعليمية اللازمة لمعلمي الأطفال المعوقين سمعياً في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات". **مجلة أبحاث اليرموك**، 7(1)،57- 77.
- حنفي، علي عبد النبي والسرطاوي، زيدان.(2003). **الإعاقة السمعية**.الرياض: دار. النهضة.
- الخطيب ، جمال.(1997).**المدخل الى التربية الخاصة** .الكويت :مكتبة الفلاح.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- الخطيب ، جمال.(2004).**التدخل المبكر مقدمة في التربية**.عمان: دار الفكر للطباعة.

- الخطيب، جمال.(2005). **مقدمة في الإعاقة السمعية**،(الطبعة الثانية).عمان:دار الفكر للطباعة.

- الخطيب، جمال، الحديدي، منى (1996)،"الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين سمعيا في الأردن"، دراسة استطلاعية، **حولية كلية التربية**، السنة الثالثة عشر، العدد الثالث عشر، جامعة قطر، ص55-82.

- الخطيب، جمال والحديدي، منى.(2004). **برنامج تدريبي للأطفال المعاقين**.عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- الخطيب، جمال والحديدي، منى.(2004). **التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

- الدمياطي، حسين.(2002). "ورقة عن مؤتمر الإعاقة في الوطن العربي"، الواقع والمأمول، **مجلة الطفولة والتنمية**، 8 (2)،223-233.

- الروسان، فاروق.(2000). **دراسات في أبحاث التربية الخاصة**.عمان: دار الفكر.

- الزراد، فيصل محمد خير. (1990). **اللغة واضطرابات النطق والكلام**.الرياض : دار المريخ للنشر.

- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج.(2003). **الإعاقة السمعية**. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج .(2005). **اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج**.عمان : دار الفكر.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- السويدي، عائشة. (1997). **استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة بجامعة الخليج العربي.** البحرين.

- الشبراوي، عدنان. (2007، يناير،19). 125 الف حالة إعاقة مسجلة في الشؤون الإجتماعية والذكور يشكلون 55%. جدة: صحيفة عكاظ.

- شنودة، إجلال.(2002). "برنامج التأهيل الأسري". خبرات من تجربة تمكين الأسر في مصر، مجلة الطفولة والتنمية، 7(2)، ص221-224.

- الضمور، نور.(2006). **كفايات العاملين واحتياجاتهم في برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة.** رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الفحل، طارق إسماعيل (1996)، **تقدير الاحتياجات الاجتماعية للأطفال المعاقين سمعيا.** رسالة ماجستير، كلية الخدمات الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم.

- القريوتي، يوسف.(1990). **الإعاقة بين الوقاية والتأهيل.** الإمارات العربية المتحدة : جامعة الإمارات العربية المتحدة.

- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل.(1995). **المدخل إلى التربية الخاصة.** (الطبعة الأولى). الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.

- عبد الحي، محمد فتحي.(1998). **طرق الاتصال بالصم وأساليبها إشارة – هجاء – إصبعي– شفاه – لغة صوتية – كتابة – تواصل كلي.** دبي: دار القلم.

- عبد الرحيم، فتحي السيد.(1991). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة.**(الطبعة الرابعة) الجزء الأول والثاني. الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- العزمية، علال. (1991). **دور التدخل المبكر في إدماج الأشخاص المعاقين**، الأردن، عالم الفكر، ص 321-343.

- عيسى،أيفا.(2004). **مدخل إلى التعليم في الطفولة المبكرة**.غزه : دار الكتاب الجامعي.

- المعتوق، أحمد محمد.(1996). **الحصيلة اللغوية- أهميتها- مصادرها- وسائل تنميتها**. المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.الكويت: عالم المعرفة.

- ملكاوي ، محمود زايد.(2006). **فاعلية برنامج تدريبي لأمهات الأطفال المعاقين سمعيا وإعاقة متوسطة في مرحلة ما قبل المدرسة في تحسين نطق الأصوات الكلامية العربية**. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

- منصورة، طلعت.(2002). "الاتجاهات المعاصرة في رعاية متكاملة للأطفال الصم"، مجلة الطفولة والتنمية.7 (2) ص 13-36.

- الموسى، ناصر بن علي. (1999). **مسيرة التربية الخاصة بوزارة المعارف في ظلال الذكرى المئوية لتأسيس المملكة العربية السعودية**. الرياض: مؤسسة الممتاز للطباعة والنشر.

- الهويدي، محمد. (2003). "دراسة حول استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر". **مجلة جامعة الخليج العربي**، 9(2)، ص30-45.

- يحيى، خولة أحمد.(2006). **البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**.عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- وزارة المعارف. (1422). **القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة بوزارة المعارف**. الرياض: المملكة العربية السعودية.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المراجع الأجنبية :

- Ballantyne, J. (1977). **Deafness. London:** Churchill Livingstone.
- Best, Barbara J.; Roberts, Gail C. "1975" Cognitive Development in Young Deaf Children. **Research Report No. 92.** Minnesota University, Minneapolis, Research, Development and Demonstration Center in Education of Handicapped Children.
- Blamy, P, J., Barry, J. G & Jak. P.(2001). "Phonetic Inventory Development in Young Cochlear Implants Users 6 Years Postoperation". **Journal of Speech Language and Hearing Research.. 44:1.**
- Burder,M.(2005). **Early Intervention for children with Disabilities. University of Connecticut School of Medicine.**
- Calderon, Rosemary (1998). "Further Support For the Benefits of Early Identification and Intervention for Children with Hearing Loss". **Journal of Speech Language and Hearing Research.. 100:5, pp.53.**
- Clark, M.& Cowan, S. C. & Dowell, C. (1997). "Cochlear Implantation for Infants and Children". **Journal of speech, Language and Hearing Research,** Vol, 44.
- Creaghead, Nancy A. (1995). Using Scripts to Facilitate Communication of Children with Hearing Impairment. **Paper presented at the international congress on education of the deaf** (18th Tel Aviv Israel. July 16 – 20, 1995) pp. 3 – 14.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- Deborah, F and Catherine, M. (2002). "Challenges Infant of mental health: Meeting the Training Needs of Parents and Professionals In Early Intervention". **International journal of special Education.** 17(2), pp. 53-58.

- Dorothy, S. (1999) .The Changing Roles of Early Childhood Educators in Preparing New Teachers: Findings from three preparation programs. **Council for exceptional children.**

- Ertmer, D,J. &Mellon J.A. (2001). "Beginning to Talk at 20 Months. Early Vocal Development in Young Cochlear Implanted". **Journal of Speech, Language and Hearing Research , 44:9, pp.134-159.**

- Fallen, N and Umsnsky. (1985). **Young Children with Special Needs.** Ohio. Charles E. Merrill, pp.201-220.

- Fewell. R. (1982). **The early years in N.G. haring (ed) exceptional children and youth Columbus.** Ohio. Charles E. Merrill (pp. 51-71).

- Fox, L. Honline, M. Vail C, & Galant, K. (1994). "Developmentally appropriate practice: application for young children with disabilities". **Journal of Early Intervention** 18(3). 243-257.

- Gravel, J,& Ogara, J.(2003): **Communication Option for Children with Hearing Loss,** Mental Retardation& Developmental Disabilities Research Reviews,9,243,251.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- Greenberg, M.T. (1982): Families with Deaf Children: The Effects of Early Intervention. **Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association** (Washington, August 23-27), pp.32-54.
- Groce, N. (1980). **Every one Spoke Sign Language.** Natural History, 89, 10-19.
- Hallahan, D. & Kauffman, J. (2003): **Exceptional Learners Introduction to Special Education**. Boston.
- Hardman, M., Drew, C., & Egan, W. (1996). **Human Exceptionality: Society, School, and Family**. USA: A Simon and Schuster Company.
- Headge, M.N(1991). **Introduction to Communicative Disorders**. Texas.
- Hoeman & Bridge (1981). **Hearing Impaired: A Handbook of Special Education**, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- Huttunen, K. H. (2001): **Phonological Development in 4-6 Year-Old Moderately Hearing Impaired Children**. University of Oulu, Finland.
- Kamel, A. & Mohamed, M. (1997): **Childhood Hearing Disabilities Clinical Evalution and Habilitation**. P.59.
- Kargin,Tevhidel (2004). "Effectiveness of a Family- Focused Early Intervention Program in the Education Of Children With Hearing Impairments Living in Rural Areas". **International Journal of Disability**, Development & Education, Dec2006, Vol.51 Issue 4,p401-418,18p.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- Kent, R.; Martin, R. & Sufit, R.(1990): **Oral Sensation: A Review and Clinical Prospective**. In H. Winiz (ED.), Human Communication and its Disorders. A Review-1990.
- Manfred, H. (2000). "Children who are Hearing Impaired with Additional Disabilities and Related Aspects of Parental, Exceptional Children". **International Journal of Disability**, Vol. 66,No.3, PP.327-332.
- Mary, M, And Collosn, J. (2004). **Evaluation of Family Centered Early Childhood Special Education Preservice Model by Program Graduates** .Blowing Green State University of North Carolina.
- Mckirdy, L. & Kilmovich, M. (1994). **Rehabilitation and Education of Deaf and Hard of Hearing Children.** In: J. Katz (Ed), Handbook of Clinical Audiology. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mcneil, M.& Chabassol, D . J. (1994). **Family Relations**, 33, 119 – 125.
- Meadow – O, K., Macturk, R., Spencer, P., Koester, L., (1995). **Deaf Infants, Hearing Mother – Child Dyads : A Research Report**, OSERS, 6(3),47.
- Mindel, E. D.(1967): A Child Psychiatrist Looks at Deafness. **Paper presented at the Chicago Hearing**. Society oarent information series, November B.P.291.
- Moores, D.(1996): **Educating the Deaf: Psychology :Principles, and Practices**. Boston: Houghton Mifflin Company.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- Murray,A.(1991). "Acoustic Features of Infant Vocalic Utterances at 3,6, and,9, months". **Journal of the Acoustical society of America**, 72: 353-365-
- Musselman, C. (1985). Linguistic and social Development in pre-school Deaf children. **Ontario Deut of Education, Toronto** p.291.
- Nober, E. H. & Nober, L. W. (1977).**Effects of Hearing Loss on Speech and Language**. In the post babbling stag In Hearing loss in children edited by, B. F. Jaff University park press Baltemor P.P630 - 639.
- Northern, Jerry L. and Downs. Mavion p., (2002). **Hearing in Children**. Lippincott Williams and Wilkins. Maryland, U.S.A.
- Oborn. A .(1993). **Effective Management of Special Education Programs. Columbia Teacher College.**
- Ovallin, J.V. (1975).Benhavioural Outcome of Short-term Nondirective Play Therapy With Personal Deaf Children, North Texas State, **Dissertation Abs. Int.Vol.36**
- Pamel, W and Nancy, D. (1995). "Family-Professional Partnerships in Early Intervention Personnel Preparation: Guidelines". **Topics in Early Childhood Special Education**, 15(3), 8-18.
- Pang, Y and Richey, D. (2005)." A Comparative Study of Early Intervention in Zimbabwe, Poland, China, India, and the United States of America". **The International Journal of Special Education** 20(2), pp.18-46.

© Arabic Digital Library Yarmouk University

- Philippa, C and Helbert, j. (2002)." Between Research and Practice'. **Topics in Early Childhood Special Education**. 22(4), 213-225.
- Rhodes, E. (2002): **How Long in Child (and family) Expected to Require Auditory Verbal Therapy.** Toronto, Canada, Learning to Listen foundation.
- Sally, E. (1992). **Assessment Project Prepare; Competency Based Personnel Preparation in Early Childhood Education Modules.** Cuyahoga Special Education Service Center, Maple Heights. OH.
- Sandow,S (1990). **The Pre- School Years Early Intervention and Prevention in Special Education; Past Present and Future,** London, pp. 64- 76.
- Schoenwold(1984).**A Communication Program for Enhancing Interaction in Families with a Hearing Impaired Child.** Cuyahoga Special Education Service Center, Maple Heights. OH.
- Shehata, Gehan(1995): Hanan Parent Program for Real Language Stimulation. **The XXIII World Congress of the International Association of Logaoedics and Phonetics.** Cairo, 6-10, Aug.P.P.358-368.
- Smith, D. (2004). **Introduction to Special Education**, Boston: Allyn& Bacon.
- Stach, B.(1998). **Clinical Audio logy**. San Diego: singular publishing group.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

- StainbacK, M. (1986). "Training Teachers for the Severely and Profoundly Handicapped". **Journal of Applied Behavior Analysis**, 17(2), pp. 32-44.
- Stewart, T. (1991). **Competencies for teacher in Intervention Program for Young Handicapped Child:** Perception of Performance and Implication for In-service Training. Dissertation Abstracts, DAI-A51/28,2707,Feb 1991.
- Tovan,M. Wax(1995). **Deaf Community, in Encyclopedia of Social Work.** Vol, 1, N, S, A, National Association of Social worker.
- Wells, D and Smith, J. (1992). **Project Paper: Transition Competency- Based Personnel Preparation in Early Childhood. Education Models- Ohio.**
- Ysseldyky, J., & Algozzine, B. (1996). **Special Education, A Practical Approach for Teachers**. Boston, Toronto, Paloalto, New Jersey.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الملاحق

ملحق رقم (1)

الإستبانة بصورتها الأولية

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي الأستاذ /الدكتور.. الفاضل

عزيزتي الأستاذة/ الدكتورة .... الفاضلة

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان :

"فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعيا في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين"

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة قام الباحث بتصميم استبانة مكونة من (77) فقرة تتوزع على (3) مجالات.

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة واسعة واطلاع كبير ، وما عهدناه منكم من دعم للباحثين ، فإنه يأمل منكم الباحث قراءة الاستبانة ، وإبداء رأيكم حول صلاحية الفقرات من حيث :

- مدى الصلاحية اللغوية للفقرات .
- مدى انتماء الفقرات لموضوع الدراسة .
- تعديل أو استبدال أو حذف أية فقرات .
- أية ملاحظات أو مقترحات ترونها مناسبة حول الفقرات .

وتقبلوا فائق الاحترام وعظيم التقدير

المشرف | **الباحث**

الدكتور أسامة بطاينة | **سعد بن صالح بن محمد القرني**

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	السلامة اللغوية		الانتماء للمجال	
		بحاجة إلى تعديل	منتمية	بحاجة إلى تعديل	منتمية
المجال الاول: البعد الطبي **ويشمل مرحلة الولادة حتى خروج الطفل من المستشفى (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل الأطباء فقط).**					
.1	يقدم المستشفى خدمة الكشف المبكر للاعاقة السمعية.				
.2	يتم فحص السمع ضمن غرف فحص السمع المعزولة.				
.3	يقوم بفحص سمع الطفل أخصائي القياس السمعي .				
.4	يتم فحص سمع الطفل بأجهزة الفحص العادية.				
.5	يتم فحص سمع الطفل بأجهزة الفحص السمعي الدماغي.				
.6	يتم متابعة الطفل من قبل طبيب الانف والاذن والحنجرة بشكل دوري.				
.7	يتم فحص سمع الطفل عن طريق الفحص الطبي الوراثي.				
.8	يقدم المستشفى خدمة عمليات زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً.				
.9	يقدم المستشفى مجانية زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً.				
.10	يقدم المستشفى خدمة معامل الساعات للأطفال المعاقين سمعياً.				
.11	يقدم المستشفى مجانية الخدمات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً.				
.12	يقدم المستشفى خدمة السماعات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً.				
.13	يتم متابعة التقييم السمعي للأطفال المعاقين سمعياً دورياً.				

التعديلات:...
....
....
....

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	السلامة اللغوية		الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
المجال الثاني: البعد الطبي التربوي **ويشمل مرحلة انتقال الطفل إلى المنزل (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل الأطباء والتربويين)**					
1.	يتم متابعة انضمام الطفل المعاق سمعياً لأحد برامج التدخل المبكر.				
2.	تقدم البرامج خدمة التدخل المبكر المنزلي للأطفال المعاقين سمعياً.				
3.	تتخذ البرامج إجراءات نظامية ضد الآباء الرافضين انضمام أبناءهم المعاقين سمعياً لأحد برامج التدخل المبكر.				
4.	تقدم البرامج تقارير يومية لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.				
5.	تقدم البرامج الدعم المعلوماتي لأسر الأطفال المعاقين سمعياً لتطوير تفهمهم لحاجات الطفل.				
6.	تقوم البرامج بعمل مسوحات للحصول على وجهات نظر عائلات الأطفال المعاقين سمعياً حول مدى فائدة برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم.				
7.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث الخطة الفردية لخدمة الأسرة .				
8.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث أفضل الطرق لتوصيل الخدمة.				
9.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث تحديد الوضع التربوي المناسب وما يتصل به من خدمات يفترض أن يتلقاها طفلهم.				
10.	توفر البرامج لأسر الأطفال المعاقين سمعياً المعلومات النمائية الفسيولوجية والسيكولوجية عن الطفل المعاق.				
11.	تطلع البرامج أسر الأطفال المعاقين سمعياً على الخدمات المتوفرة لأطفالهم.				
12.	تطلع البرامج أسر الأطفال المعاقين سمعياً على مصادر الدعم لأطفالهم				
13.	تطلع البرامج أسر الأطفال المعاقين سمعياً على اللقاءات والاجتماعات الخاصة بإعاقة طفلهم				
14.	تقدم البرامج خطط فردية متخصصة لخدمة الاسر الفاعلة مشتملة على المتطلبات التدريبية للأسرة.				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	السلامة اللغوية		الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
15.	تقدم البرامج خطط فردية متخصصة لخدمة الاسر الفاعلة مشتملة على توضيح بيئات التدخل الطبيعية.				
16.	تقدم البرامج خطط فردية متخصصة لخدمة الاسر الفاعلة مشتملة على واجبات كل عضو من أعضاء الأسرة.				
17.	تقدم البرامج خطط فردية متخصصة لخدمة الاسر الفاعلة مشتملة على رغبات وأولويات الأسرة.				
18.	تقدم البرامج خطط فردية متخصصة لخدمة الاسر الفاعلة مشتملة على خطط الخدمات المتخصصة المقدمة للطفل المعاق.				
19.	تخطط برامج التدخل المبكر لبرامج وقاية من الإعاقة ، مقدمة للأسرة،مثل الإرشاد الجيني، وإجراءات منع تفاقم الضعف والعجز إلى إعاقة.				
20.	توفر البرامج (التدريب ضمن الخدمة) للعاملين في برامج التدخل المبكر بشكل مستمر ودوري.				
21.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل مجموعات دعم الأبوين للتنسيق بين أدوارهما مع طفلهما المعاق.				
22.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل مجموعات دعم الآباء.				
23.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل مجموعات دعم الأمهات.				
24.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل روابط بين الآباء والأباء.				
25.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل رسائل إخبارية عن البرامج المساعدة للأبوين.				

التعديلات:..
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	السلامة اللغوية		الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
	المجال الثالث: البعد التربوي **ويشمل مرحلة انتقال الطفل إلى المراكز التربوية (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل التربويين فقط)**				
1.	يقدم المركز برامج تدخل مبكر تربوية للمعاقين سمعياً.				
2.	يقدم المركز برامج للتدريب السمعي للأطفال المعاقين سمعياً.				
3.	يقدم المركز الدعم الإرشادي والتوجيه لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.				
4.	يقدم المركز خدمة رياض الأطفال للمعاقين سمعياً.				
5.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر مدرسون خاصون(مدرسو التربية الخاصة).				
6.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر أخصائيو نطق.				
7.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر آباء مهتمون بالإعاقة السمعية.				
8.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر معاقون سمعياً أو يعانون من فقدان سمعي.				
9.	تعمل برامج التدخل المبكر على إشراك آباء الأطفال المعاقين سمعياً كمستشارين أو مدربين عند الحاجة .				
10	تستخدم برامج التدخل المبكر أجهزة FM في القاعات التدريبية للمعاقين سمعياً.				
11	تستخدم برامج التدخل المبكر أجهزة سوفاج 1 (Sovage I) في القاعات التدريبية للمعاقين سمعياً.				
12	تستخدم برامج التدخل المبكر أجهزة سوفاج 2 (Sovage 2) في القاعات التدريبية للمعاقين سمعياً.				
13	تستخدم برامج التدخل المبكر أجهزة مني سوفاج (Mini Sovage) في القاعات التدريبية للمعاقين سمعياً.				
14	تستخدم برامج التدخل المبكر أجهزة سوفاج بالأشعة تحت الحمراء في القاعات التدريبية للمعاقين سمعياً.				
15	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج السمعية والنطقية والشفهية في تدريب المعاقين سمعياً.				
16	تستخدم برامج التدخل المبكر برامج التواصل المتكامل في تدريب المعاقين سمعياً.				
17	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج الثنائية (يقصد بها تعليم الطفل لغتين في وقت واحد هما لغة الاشارة واللغة العادية) في تدريب المعاقين سمعياً.				
18	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج الاجتماعية (يقصد بها تعليم الطفل استراتيجيات تفكير بديلة) في تدريب المعاقين سمعياً.				
19	تستخدم برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً منهج البرنامج المتطور للسمع الناجح DASL.				
20	تستخدم برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً منهج برنامج Miami Chats لتطوير المهارات السمعية لمستخدمي أجهزة زراعة القوقعة وأجهزة تعديل التردد وسماعات الأذن والأجهزة اللمسية السمعية.				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	السلامة اللغوية: سليمة	السلامة اللغوية: بحاجة إلى تعديل	الانتماء للمجال: منتمية	الانتماء للمجال: غير منتمية
21	تستخدم برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً منهج برنامج وارين ايستابروكس Warren Estabrooks للتدريب السمعي اللفظي للوالدين وللمهنيين.				
22	تستخدم برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً منهج برنامج التطور في السمع والنطق واللغة والتواصل للأطفال المعوقين سمعياً وذويهم.				
23	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية غير المقننة والرسمية لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.				
24	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية المقننة والرسمية لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.				
25	توظف برامج التدخل المبكر التدريبات العملية وتنظمها لتكون مناسبة لقدرات الطفل السمعية والمعرفية واللغوية.				
26	تطور برامج التدخل المبكر الأنشطة وتزيد من تعقيدها حتى تعزز من مهارات الطفل المعاق سمعياً.				
27	تحدد برامج التدخل المبكر أهداف واضحة من تطبيق التدريبات العملية على الأطفال المعاقين سمعياً.				
28	توظف برامج التدخل المبكر الأصوات، ومصادرها، والكلمات التي تتناسب مع التدريبات العملية داخل البرنامج.				
29	تحدد برامج التدخل المبكر طريقة الاستجابة التي تود أن يظهرها الطفل المعاق سمعياً أثناء التدريب.				
30	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أعداد المواقف التعليمية بحيث يتمكن الطفل المعاق سمعياً من رؤية ولمس الوسائل المستخدمة في التعليم والاستماع إليها.				
31	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الوسائل المستخدمة في التدريبات العملية داخل البرامج لا تثير خبرات الطفل الماضية عن مصادر الإزعاج والضوضاء حتى يتمكن من التركيز والانتباه.				
32	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الأطفال المعاقين سمعياً في التدريبات الجماعية داخل البرامج يجلسون طبقا لدرجة كفاءتهم السمعية وكفاءتهم في التعامل مع الآخرين وطبقا لميولهم واهتماماتهم.				
33	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة الكلية كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل.				
34	تستخدم برامج التدخل المبكر طريقة تعليم النطق كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل.				
35	تستخدم برامج التدخل المبكر طريقة تطوير مهارة السمع كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل.				
36	تستخدم برامج التدخل المبكر طريقة قراءة الشفاة كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل.				
37	تستخدم برامج التدخل المبكر طريقة لغة الإشارة كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقـــرات	السلامة اللغوية		الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
38	تستخدم برامج التدخل المبكر طريقة الحديث باستخدام الإيماءات كإستراتيجية من استراتيجيات الاتصال والتواصل				
39	تقوم برامج التدخل المبكر بتعديل التدريبات العملية المتضمنة في البرامج لتتناسب مع قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتناسب تطوره اللغوي والمعرفي.				

التعديلات:...

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ملحق (2)

أعضاء لجنة التحكيم

أ.د شفيق فلاح علاونة	علم نفس	جامعة اليرموك
د محمد صوالحة	علم نفس	جامعة اليرموك
أ. د جميل الصمادي	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
أ. د منى الحديدي	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
أ. د فاروق الروسان	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
د إبراهيم زريقات	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
د رائد الشيخ ذيب	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
د وليد العياصرة	علم نفس	جامعة جرش
د غازي الخريشة	علم نفس	جامعة جرش
إبراهيم الحراحشة	علم نفس	جامعة جرش
د خالد محمد ناصف	تربية خاصة	جامعة القصيم
د محمد يوسف	تربية خاصة	جامعة القصيم
د إبراهيم أبو عليم	تربية خاصة	جامعة القصيم
د محمود زايد الملكاوي	تربية خاصة	جامعة القصيم
د خالد الحموري	تربية خاصة	جامعة القصيم
د اياس العبادي	تربية خاصة	جامعة القصيم
د اشرف عبد الحميد	تربية خاصة	جامعة القصيم
أ. د إبراهيم الشافعي	صحة نفسية	كلية المعلمين في بيشة

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ملحق (3)

الإستبانة بصورتها النهائية

الإخوة والأخوات / العاملين في مجال التدخل المبكر للإعاقة السمعية من أطباء أو تربويين المحترمين

تحية طيبة وبعد،

نظرا لما يمثله جانب التدخل المبكر من أهمية بالغة، لا تخفى على علمكم ، والتي تكون أكد وأولى مع ذوي الاحتياجات الخاصة، فإن الباحث يقوم بأجراء دراسة بعنوان :

(فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعيا في المؤسسات الحكومية والخاصة

بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين)

ولأغراض استطلاع آراء العاملين حول هذا الموضوع فقد قام الباحث بإعداد هذه الاستبانة التي بين يديكم والمكونة من ثلاثة أبعاد هي:-

1- البعد الأول: هو بعد الخدمات الطبي ويعبأ من قبل الأطباء والعاملين في المستشفيات الحكومية أو الخاصة ويعنى بالخدمات التي يقدمها المستشفى للطفل من حين ولادته واكتشاف اعاقته الى حين خروجه منتقلا الى منزله.

2-البعد الثاني: هو بعد الخدمات الاسرية ويعبأ من قبل الاطباء والتربويين العاملين في الحقلين الطبي أوالتربوي الحكومي أو الخاص، ويعنى بالخدمات المنزلية التي تقدمها الجهات الطبية والتربوية الحكومية أو الخاصة للطفل المعاق سمعياً بعد خروجه من المستشفى وانتقاله الى المنزل .

3- البعد الثالث : هو بعد الخدمات التربوية ويعبأ من قبل العاملين الميدان التربوي الحكومي والخاص بما في ذلك مراكز التربية الخاصة، ويعنى هذا البعد بالخدمات التربوية الواجب أن يتلقاها الطفل المعاق سمعيا في المراكز التربوية ومراكز التربية الخاصة.

ونظرا لأن الهدف الوحيد من إعداد هذه الاستبانة هو الاستفادة منها في أغراض البحث العلمي فقط فإن الباحث لا يرى حاجة علمية في وضع ما يدل على المنشأة أو الشخص الذي يقوم بتعبئة الاستبانة أكثر مما احتوته والمرجو منكم تشريفنا بالاطلاع عليها وتعبئة فقراتها بكل دقة وأمانة، علما بأن الباحث سيعتبر هذه المعلومات التي يتلقاها منكم السبب الرئيس في نجاح عمله البحثي .

شاكرين لكم حسن تعاونكم واهتمامكم

الباحث

سعد بن صالح بن محمد القرني

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

المعلومات العامة:

1- الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

2- المؤهل العلمي:

☐ بكالوريوس فأقل ☐ أعلى من بكالوريوس

3- الخبرة:

☐ 1-5 سنوات ☐ 6-10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات

4- مكان العمل:

☐ مستشفى حكومي ☐ مستشفى غير حكومي

☐ مركز تربية خاصة (حكومي) ☐ مركز تربية خاصة (غير حكومي)

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقـرات	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
	بعد الخدمات الطبية **ويشمل مرحلة الولادة حتى خروج الطفل من المستشفى (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل الأطباء فقط).**				
.14	يقدم المستشفى خدمة الكشف المبكر للإعاقة السمعية.				
.15	يقوم المستشفى بالفحص السمعي الشامل للمولود.				
.16	يقوم بفحص سمع الطفل أخصائي القياس السمعي .				
.17	يتم متابعة الطفل المعاق سمعيا من قبل المختصين طبيا بشكل دوري.				
.18	يقوم المستشفى بدراسة التاريخ الطبي لأسرة المولود المعاق سمعيا.				
.19	يقدم المستشفى خدمة عمليات زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً.				
.20	يقدم المستشفى زراعة القوقعة للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً.				
.21	يقدم المستشفى الخدمات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً مجاناً.				
.22	يقدم المستشفى خدمة السماعات الطبية للأطفال المعاقين سمعياً.				
.23	يقوم المستشفى بتسجيل حالات الإعاقة السمعية وتوثيقها.				
.24	تحال الحالات التي تحتاج إلى خدمات مبكرة إلى الجهة المختصة.				
.25	يطلع المستشفى أسر الأطفال المعاقين سمعياً على مصادر الدعم والخـدمات المتـوفرة لأطفالهم.				
.26	يتخذ المستشفى إجراءات نظامية ضد الأباء الرافضين انضمام أبناءهم المعاقين سـمعياً لأحد برامج التدخل المبكر.				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقــرات	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
	بعد الخدمات الأسرية **ويشمل مرحلة انتقال الطفل المعاق سمعيا من المستشفى إلى المنزل وحتى ما قبل التحاقه بمراكز التربية الخاصة، ويتضمن الخدمات التي يقدمها المستشفى ومراكز التربية الخاصة للطفل في منزله (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل الأطباء والتربويين)**				
26.	تقدم البرامج خدمة التدخل المبكر المنزلي للأطفال المعاقين سمعياً.				
27.	تقدم البرامج تقارير يومية لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.				
28.	تقدم البرامج الدعم المعلوماتي لأسر الأطفال المعاقين سمعياً لتطوير تفهمهم لحاجات الطفل النمائية الفسيولوجية والسيكولوجية.				
29.	تقوم البرامج بعمل مسوحات للحصول على وجهات نظر عائلات الأطفال المعاقين سمعياً حول مدى فائدة برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم.				
30.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث الخطة الفردية لخدمة الأسرة .				
31.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث أفضل الطرق لتوصيل الخدمة.				
32.	تساعد البرامج الأسر على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بطفلهم المعاق سمعياً من حيث تحديد الوضع التربوي المناسب وما يتصل به من خدمات يفترض أن يتلقاها طفلهم.				
33.	تقدم البرامج خططاً فردية متخصصة لخدمة الأسر الفاعلة مشتملة على المتطلبات التدريبية للأسرة.				
34.	تراعي البرامج رغبات وأولويات الأسر الفاعلة من خلال خطط فردية متخصصة .				
35.	تخطط برامج التدخل المبكر لبرامج وقاية من الإعاقة ، مقدمة للأسرة،مثل الإرشاد الجيني، وإجراءات منع تفاقم الضعف والعجز إلى إعاقة.				
36.	توفر البرامج (التدريب المستمر) للعاملين في برامج التدخل المبكر.				
37.	توفر برامج التدخل المبكر نشاطات للعائلات تشمل مجموعات دعم الآباء والأمهات.				
38.	تتواصل برامج التدخل المبكر مع عائلات الأطفال المعاقين سمعيا بأساليب متنوعة منها الرسائل الإخبارية لموافاتهم بالجديد حول إعاقة ابنهم.				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

الرقم	الفقـرات	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
	بعد الخدمات التربوية (وتعبأ فقرات هذا البعد من قبل التربويين فقط)				
	ويشمل مرحلة انتقال الطفل المعاق سمعيا من المنزل إلى المراكز التربوية المتخصصة.				
40.	يقدم المركز برامج تدخل مبكر تربوية للمعاقين سمعياً.				
41.	يقدم المركز الدعم الإرشادي والتوجيه لأسر الأطفال المعاقين سمعياً.				
42.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر مدرسون خاصون(مدرسو التربية الخاصة).				
43.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر أخصائيو نطق.				
44.	يتولى التدريب ضمن برامج التدخل المبكر معاقون سمعياً أو يعانون من فقدان سمعي.				
45.	تعمل برامج التدخل المبكر على إشراك آباء الأطفال المعاقين سمعياً كمستشارين أو مدربين عند الحاجة.				
46.	تستخدم برامج التدخل المبكر الأجهزة السمعية والتقنية أثناء التدريب.				
47.	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج السمعية والنطقية والشفهية أثناء التدريب.				
48.	تستخدم برامج التدخل المبكر برامج التواصل المتكامل في تدريب المعاقين سمعياً.				
49.	تستخدم برامج التدخل المبكر البرامج الثنائية (يقصد بها تعليم الطفل لغتين في وقت واحد همل لغة الاشارة واللغة العادية) في تدريب المعاقين سمعياً.				
50.	تستخدم برامج التدخل المبكر أثناء تدريب المعاقين سمعياً البرامج الاجتماعية التي تعتمد على تعليم الطفل استراتيجيات تفكير بديلة كالمهارات التواصلية مثلا .				
51.	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية غير المقننة (غير الرسمية) لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.				
52.	تستخدم البرامج الاختبارات التربوية المقننة والرسمية لتقييم الأطفال المعاقين سمعياً.				
53.	توظف التدريبات العملية في البرامج لتناسب قدرات الطفل السمعية والمعرفية واللغوية.				
54.	تطور برامج التدخل المبكر الأنشطة وتزيد من مستوى تقدم المهارة حتى تعزز من مهارات الطفل المعاق سمعياً.				
55.	تحدد برامج التدخل المبكر طريقة الاستجابة التي تود أن يظهرها الطفل المعاق سمعياً أثناء التدريب.				
56.	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من إعداد المواقف التعليمية بحيث يتمكن الطفل المعاق سمعياً من رؤية ولمس الوسائل المستخدمة في التعليم والاستماع إليها.				
57.	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الوسائل المستخدمة في التدريبات العملية داخل البرامج لا تثير خبرات الطفل الماضية عن مصادر الإزعاج ليستمر انتباهه.				
58.	يتم التأكد في برامج التدخل المبكر من أن الأطفال المعـاقين سـمعياً فـي التـدريبات الجماعية داخل البرامج يجلسون طبقا لدرجة كفاءتهم السمعية.				
59.	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة الكلية كإستراتيجية من اسـتراتيجيات الاتـصال والتواصل.				
60.	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة السمعية كإستراتيجية للاتصال والتواصل.				
61.	تستخدم برامج التدخل المبكر الطريقة اليدوية / لغة الإشارة كإسـتراتيجية للاتـصال والتواصل.				
62.	تقوم برامج التدخل المبكر بتعديل التدريبات العملية المتضمنة في البرامج لتتناسب مـع قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتناسب تطوره اللغوي والمعرفي.				

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ملحق رقم (4)

خطاب تسهيل مهمة الباحث

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ب د/١٠٧/
التاريخ: ١٤٢٨/ هـ
الموافق: ٢٨/١/٢٠٠٧ م

لمن يهمه الأمر

يقوم الطالب سعد صالح محمد القرني ورقمه الجامعي (٢٠٠٥٤٠٢٠٥٣) تربية خاصة بإعداد رسالة ماجستير بعنوان:

" فاعلية برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعيا في المؤسسات الحكومية والخاصة في محافظة جدة "

ويحتاج لهذه الغاية إلى توزيع إستبانة وجمع معلومات.

يرجى تسهيل مهمته الأكاديمية.

عميد البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د فواز العبد الحق

جامعة اليرموك
عمادة البحث العلمي والدراسات العليا

نسخة / ملف الطالب.
ر/م ق
٢٠٠٧/١/٢٨

تلفون: ٩٦٢-٢-٧٢١١١١١ فاكس: ٩٦٢-٢-٧٢١١١٢١ اربد- الاردن
Tel:962-2-7211111 http://graduatestudies.yu.edu.jo Fax:962-2-7211121 E-Mail:graddean@yu.edu.jo Irbid-Jordan

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ملحق رقم (5)

خطاب تسهيل مهمة الباحث

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التربية والتعليم
الإدارة العامة للتربية والتعليم بمنطقة مكة المكرمة
(٢٨٠)
(تعليم جدة)
وحدة التخطيط و التطوير التربوي

وزارة التربية والتعليم
MINISTRY OF EDUCATION

الرقم ١٩٦١٢
التاريخ : ٩ / ٢ / ١٤٢٧هـ
شعبة : البحوث التربوية
المرفقات :

الموضوع : تسهيل مهمة باحث

اسم الباحث : سعد بن صالح محمد القرني

عنوان البحث : فاعلية برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعيا في المؤسسات الحكوميه والخاصة في محافظة جده

الجهة : الملحق الثقافي بالأردن

مجتمع البحث : الأطباء والتربيين

أداة البحث : إستبانه

سعادة مدير مدرسة / **المحترم**

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ، وبعد:

بناء على توجيه سعادة المدير العام للتربية والتعليم بمنطقة مكة المكرمة بشأن السماح للباحث الوارد اسمه أعلاه بإجراء دراستهعلى عينة من مجتمع الدراسة المشار إليه ، آمل مساعدة الباحث على تطبيق أداة بحثه مالم يكن هناك ما يمنع نظاماً ، علماً بأن الباحث يتحمل المسؤولية المتعلقة ببحثه .

وتقبلوا تحياتي ،،،،،،،،،،

مدير التخطيط والتطوير التربوي

د. يوسف بن حسن العارف

ص. لوحدة التخطيط والتطوير

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

ملحق رقم (6)

خطاب تسهيل مهمة الباحث

Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Health
Directorate of Health Affairs Jeddah

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
مديرية الشئون الصحية بمحافظة جدة

سعادة / مدير مستشفى العزيزية للولادة والأطفال الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

إنطلاقا من مبدأ التعاون القائم بين المرافق الصحية بعضها البعض نفيدكم بأن الباحث سعد بن صالح بن محمد القرني سوف يقوم بإجراء بحث بعنوان (فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للمعاقين سمعيا في المؤسسات الحكومية والخاصة بمحافظة جدة من وجهة نظر العاملين) وبعد الإطلاع ودراسة منهجية البحث وجد أنه مطابق للمواصفات الموضوعة من قبل اللجنة وعلية فقد تم إجازته.

نأمل التكرم من سعادتكم بتسهيل مهمة الباحث في إجراء بحثه بإستطلاع أراء العاملين حول هذا الموضوع .

شاكرين لسعادتكم تعاونكم معنا.

وتقبلوا فائق التحية،

رئيسة قسم الدراسات و البحوث
د. رجاء محمد الردادي

مساعد مدير الشئون الصحية للتخطيط والتطوير
والمشرف على إدارة التدريب والإبتعاث بصحة محافظة جدة

د/ حسن بن عبدالله الشهري

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

Abstract

Al- Qarni, Saad Saleh. Personal Perspectives towards Effectiveness of Early Intervention Programs for Deaf students in Jaddah Governorate. Master Study, Yarmouk University, "2007". (Supervisor: Dr. Osama Bataineh)

The purpose of this study was to assess personal perspectives towards the effectiveness of early intervention programs provided for deaf in public and private institutions in Jeddah governorate. To achieve this purpose, the researcher designed a questionnaire consisting of (49) items, distributing on (3) dimensions: medical services, family services and educational services. The study instrument was distributed on 86 personnel "male, female" chosen randomly.

To identify the effectiveness level of these programs, a 4 point Likert scale was used.

The study revealed:

- Educational aspect was the most effective, then family aspect and finally medical aspect.
- Male personnel were more effective than female personnel in providing family programs.
- Significant effect was found, $\alpha=0.05$ due to qualification, in favor of graduates assessments at the medical aspect.
- No significant differences were found due to experience.
- Private sector was more effective in providing early intervention programs compared to public sector.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University

The study recommended the need for more active service by public sector concerning providing family educational and medical service. In addition clear guidelines are to be provided for service and programs evaluators to reach an agreement about more effective programs.

Key Words: Programs, Early Intervention, Hearing Disability, Jeddah Governorate.

© Arabic Digital Library-Yarmouk University